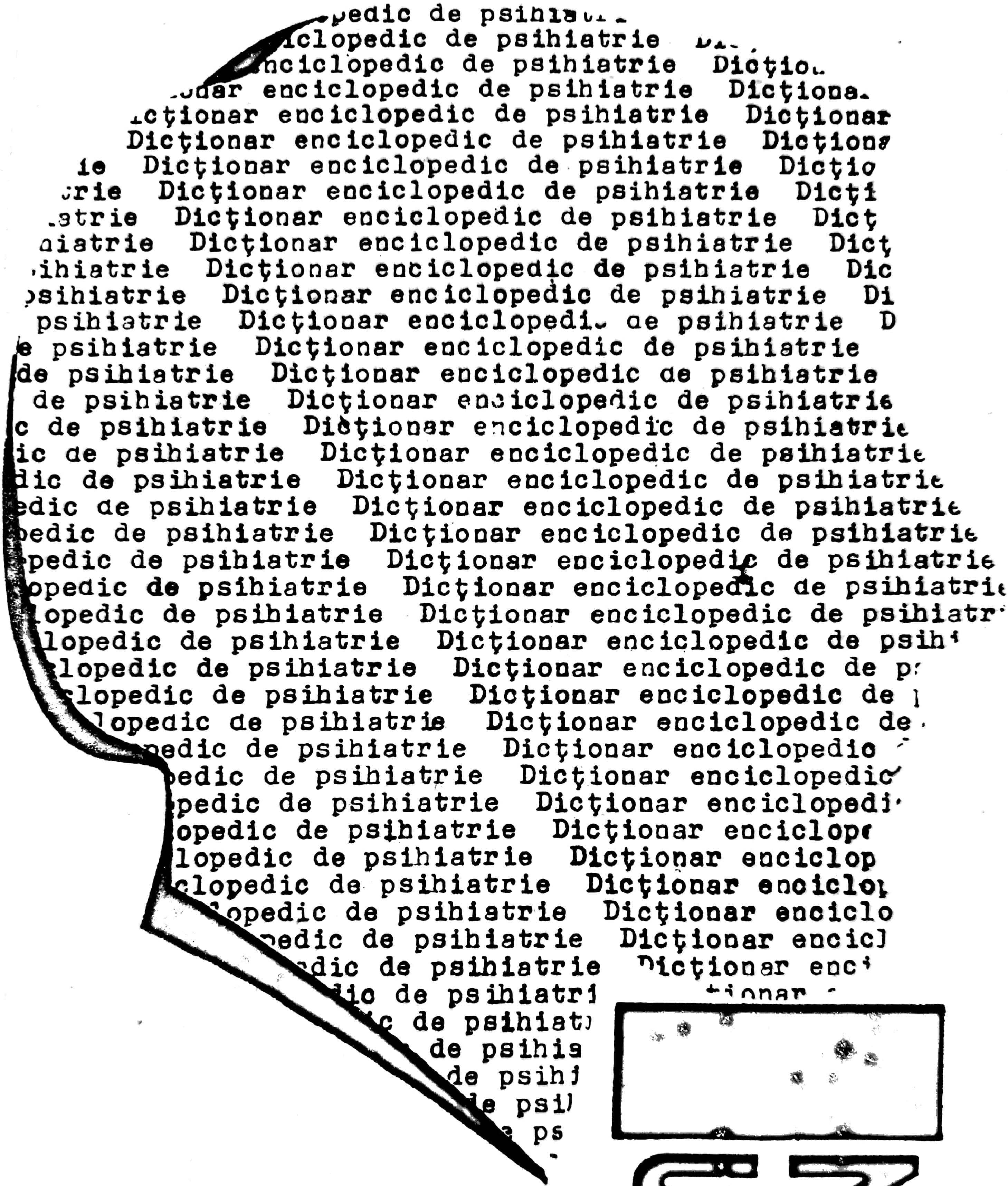

Dicționar enciclopedic de psihiatrie

SZ

4

T.Andriescu

G.Barbu

I.Botezat

G.Litinschi

C.Năstase

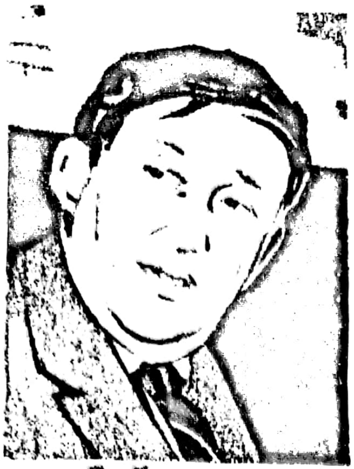
A.Păunescu

G.Stoltz

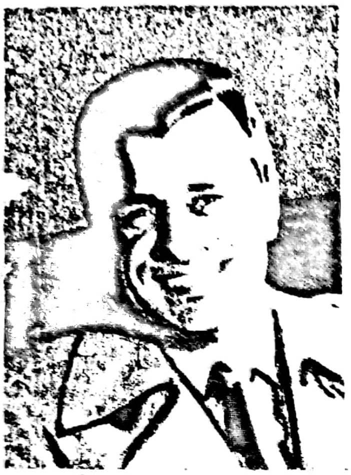
G.Stroian

M.Stefăr esc

604317

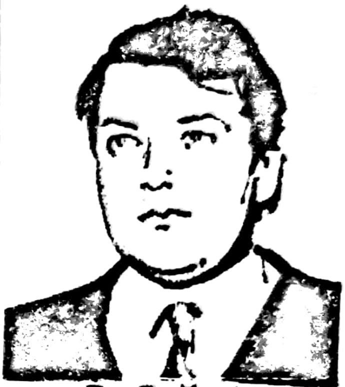


C.Gorgos

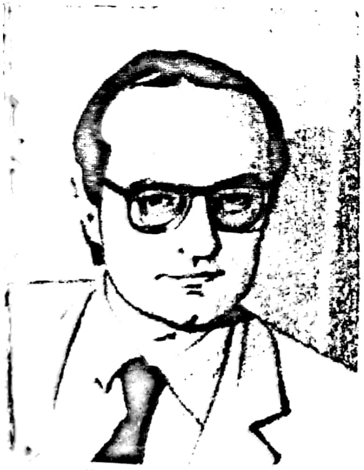


L.Botezat

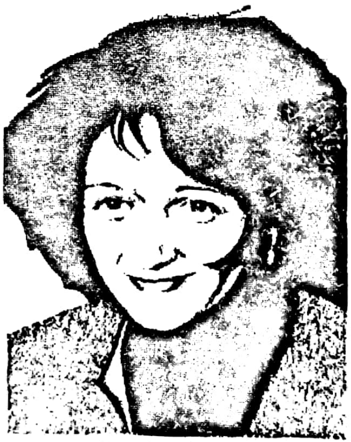
A Z



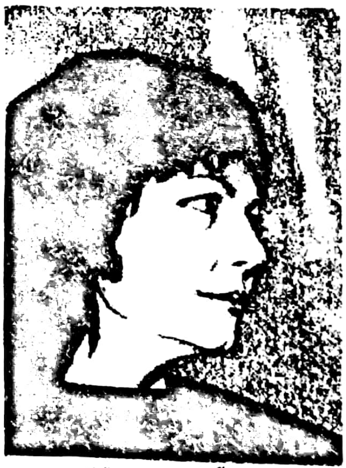
D.Crăciun



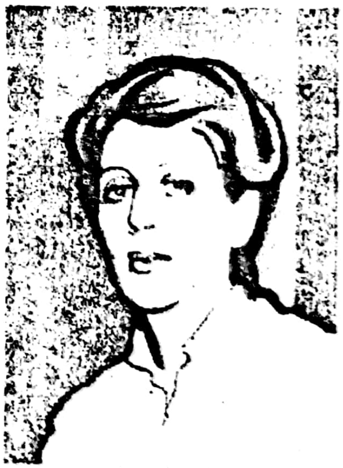
D.Prelipceanu



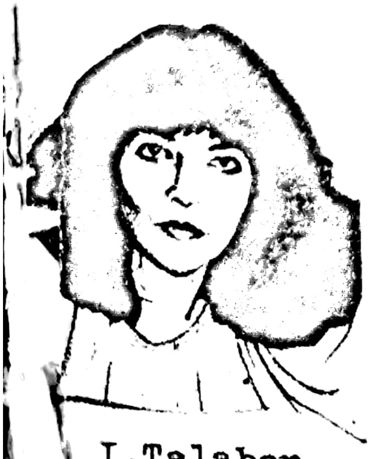
O.Puiu



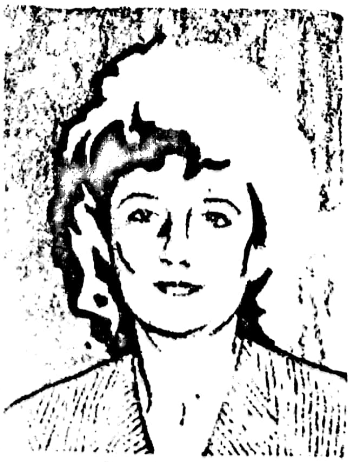
V.Sandor



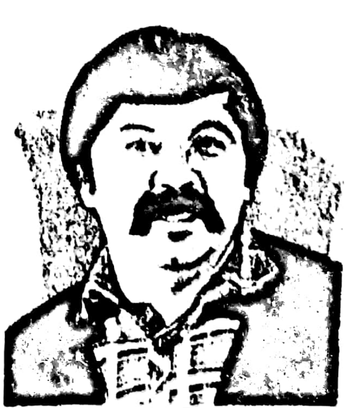
C.Săndulescu



I.Talaban



C.Tudose



F.Tudose

CONSTANTIN GORGOS

– sub redacţia –

DICŢIONAR ENCICLOPEDIC DE PSIHIATRIE

VOL. IV

S–Z

Lista autorilor :

ANDRIESCU NICOLAE TEOFIL
BARBU GABRIELA
BOTEZAT ANTONESCU ILEANA
BOTEZAT ANTONESCU LIVIU
CRĂCIUN DAN
GORGOS CONSTANTIN
LITINSCHI GHEORGHE
NĂSTASE ŞTEFANIA COCA
PĂUNESCU ADRIAN
PRELIPCEANU DAN
PUIU OLGA VALERIA
SĂNDULESCU MARIA CARMENA
STOLTZ GABRIELA
STROIAN GABRIELA
ŞANDOR VERONICA
ŞTEFĂNESCU MUGUR GABRIEL
TALABAN ANDRUCOVICI IRENA
TUDOSE CĂTĂLINA
TUDOSE FLORIN

Grafică :

CRIVĂŢ IRINA, HAIDUCU DANIELA, MITACHE MIRELA

Fotoreproduceri :

BUNESCU MIRCEA

Coordonare lexicografică :

IONESCU RUXĂNDOIU LILIANA, RUXĂNDOIU PAVEL

Referent ştiinţific :

Prof. Dr. Doc. VASILE PREDESCU, Prof. Dr. EDUARD PAMFIL

ISBN 973-39-0027-3
ISBN 973-39-0214-4
ISBN 973-39-0026-5

ENCICLOPEDIA CA SĂRBĂTOARE A CUNOAŞTERII

Cu acest al patrulea volum se încheie o vastă operă de referință, o veritabilă enciclopedie asupra celui mai important și mai pasionant domeniu al cunoașterii, acela al psihismului uman. Cu toate că poartă în titlu, alături de genul proxim („dicționar"), diferența specifică „de psihiatrie", parcurgîndu-l, constatăm că abordează noțiuni și idei înscrise pe un amplu evantai al fenomenelor psihice, de la cele normale la cele patologice și, ca un corolar, la mijloacele terapeutice.

Celui care dorește mai mult decît o abstractă definire a termenilor, care vrea să cunoască aspecte asupra modului de formare, funcționare și dereglare a psihismului, îi este necesară această deschidere, de la psihologie, prin psihiatrie, la psiho- și farmacoterapie, întrucît numai prin cunoașterea alcătuirii și funcționării psihismului se poate înțelege dereglarea acestuia. Acest fapt ne amintește de aserțiunea lui Th. Ribot, elaborată la începutul secolului nostru, conform căreia boala psihică reprezintă „un experiment de ordinul cel mai subtil, realizat de natura însăși, în împrejurări bine determinate și cu mijloace de care mintea omenească nu dispune ; și dacă boala nu ar dezorganiza mecanismul spiritului făcîndu-ne să înțelegem astfel funcționarea sa normală, cine ar îndrăzni să riște experiențe pe care orice morală le respinge ?" Acesta a fost fără îndoială gîndul, dar și mesajul care i-a călăuzit pe autori în elaborarea prezentei lucrări.

Prin invitația de a prezenta acest volum, care încheie în mod festiv o impresionantă lucrare, autorii au vrut să mă înscrie, onorîndu-mă, în suita pînă acum „triontică" a psihiatriei ; Pamfil — Pirozynski — Predescu, *respectiv profesorii din cele trei centre universitare, care au prefațat volumele anterioare. Consider ca o onoare invitația de a participa, într-o astfel de elită, la această sărbătoare.*

Într-adevăr, este un prilej festiv, de bucurie și bilanț și într-un astfel de moment, nu putem să nu ne gîndim, în primul rînd, la o altă enciclopedie, la o enciclopedie vie, la primul dintre cei mai sus menționați, în fond la primus inter pares *al psihiatriei din România. Dar, dacă gîndim, trebuie să și spunem, deși, de obicei, din motive multiple, unele inconștiente, aprecieri semnificative, în special laudative, asupra contemporanului cunoscut le comunicăm după ce el a dispărut. Faptul că, așa cum spune poeta, „ne modelăm tăcerile scuturi" este expresia înțelepciunii, prudenței sau lașității ? Cu o astfel de amînare, faptul (ce trebuie evocat) se stinge treptat în uitare, iar atitudinea noastră egoistă sau lașă devine și păgubitoare atunci cînd supunerea uită să evidențieze o valoare.*

Tocmai de aceea noi, cei peste o mie de psihiatri, contemporani Profesorului, care, la „Modex", „Socola" sau „Central", ca și în alte amfiteatre ale gîndirii și reflexiei despre boală și normalitate, am fost entuziasmați, mîndri dar și complexați, de ideile sale încărcate de valoare, trebuie să-l re-evocăm cu fiecare prilej, spre a nu-l pierde într-o culpabilizantă uitare.

Cred că această sărbătoare constituie un astfel de prilej de re-evocare a Profesorului, cu atît mai mult cu cît, semantica și semasiologia l-au pasionat, iar prin noțiunile nou create și ideile sale elevate, ne-a încîntat. Ascultîndu-l, aveam impresia că aceste idei inedite, ca și considerațiile realiste și generalizatoare, redate într-o formă specifică și încîntătoare, nu veneau de la colegul din fața noastră, ci din timpuri viitoare.

Într-adevăr, în acea memorabilă „Scrisoare psihiatrului mileniului trei", auzeam de fapt ideile Profesorului Pamfil venind de-acolo, din viitor, din secolul și mileniul următor. Acum, la punctul „z" al acestei enciclopedii, trebuie să spunem că permanent Profesorul a adus, de acolo din viitor cuvinte noi și necesare domeniului nostru, creînd o nouă știință pe care a denumit-o adventica.

Profesorul Pamfil nu este numai o enciclopedie vie, ci și un creator, un geniu, contribuitor la o nouă enciclopedie. Noi pshiatrii ne mîndrim, deși încă nu ne-am obișnuit să folosim cuvintele noi ale Profesorului, pe care trebuie să le înscriem în semiologia psihiatrică universală, spre a putea fi incluse în alte enciclopedii ale lumii. Considerăm aceasta ca o necesară datorie, întrucît noi psihiatrii, mai mult decît lingviștii, știm că neologismele apar în două situații ale existenței: nebunia și geniul.

În prima situație cel în cauză crede, sau poartă o fermă convingere, că pentru a exprima gîndurile sale inefabile este nevoie de alte cuvinte decît cele existente. Pacientul nostru are nevoie de cuvinte inedite care i se par mai „potrivite" pentru a da expresie ideilor care, noi știm, sînt, de asemenea, particulare.

În cea de a doua situație, neologismul este un act de autentică și vie creație, autorul său fiind o culme a domeniului, un promotor și, în același timp, un creator în domeniu. Noțiunile aici existente nu-i mai sînt suficiente și pentru a exprima idei, situații, date și fapte, numai de el observate sau descoperite, are nevoie de cuvinte noi pe care le creează. În această situație, neologismul constituie floarea fină, aura, adierea de vînt a geniului cu influențe novatoare asupra domeniului. Astfel, Hegel a fost un mare creator de noțiuni și concepte filosofice. El era conștient de necesitatea creării lor și totodată mîndru de ele, fapt pentru care afirma: „pînă la mine filosofia a fost un templu fără picturi și eu a trebuit să-l pictez".

La noi, Eminescu a creat foarte multe cuvinte noi, inedite, care, prin larga răspîndire a poeziilor sale, au fost repede cunoscute și asimilate; ele au intrat în fondul lexical al limbii noastre, iar prin intima asimilare și larga utilizare și-au pierdut caracterul inedit, de neologisme. Sub acest unghi, Pamfil este Eminescul psihiatriei.

Creator al atîtor cuvinte noi în domeniul psihiatriei, Profesorul Pamfil ar putea fi considerat ca pater al acestui destin spiritual, ca autor moral al acestui dicționar magnific prin dimensiuni (care pe 4 000 de pagini tratează peste 11 000 de termeni) și magistral prin formă și conținut.

Invitați de Profesorul Pamfil la această sărbătoare a cunoașterii, sîntem întîmpinați de autorii operei, în frunte cu dr. Constantin Gorgos, coordonator al lucrării și cel mai important autor. Dacă venim mai de departe, în fața acestei opere impresionante, primul gînd care ne încearcă se îndreaptă către autorii ei; am crede că sînt semizei. Cunoscîndu-i, constatăm că toți sînt oameni tineri, cei mai mulți studenți ai noștri, formați ca psihiatri aici, în Central, oameni născuți în această jumătate de secol, care se disting de noi ceilalți numai prin faptul că au putut forma un grup admirabil de muncă, reflexie și creație intelectuală, avînd astfel posibilitatea să elaboreze cea mai importantă operă din istoria de peste 150 de ani a psihiatriei din România.

Aureolați cu acest merit și avînd satisfacția binemeritată a unei astfel de realizări, ar putea oare acești colegi psihiatri să accepte (sau, eventual, să-mi ierte) faptul că le voi spune „fără umbră de îndoială": ca voi, există mulți alții, aici la noi. Este într-adevăr un lucru cert că în fiecare centru universitar, ca și aici în Central, există psihiatri la fel de valoroși, la fel de capabili și înzestrați, care însă nu au fost la fel de armonios relaționați, de puternic motivați, la fel de autentic angajați. Înălțarea acestui edificiu al psihiatriei, prin această „muncă de Mont Blanc" de fapte nu este o chestiune de conjunctură, ci un fenomen izbutit printr-o structură a cărei realizare aparține coordonatorului lucrării, doctorului Constantin Gorgos; a face dintr-un grup profesional un ansamblu structural de muncă și creație este o realizare de psihologie socială care-i confirmă coordonatorului disponibilitatea sa aptitudinală de a realiza o structură relațională.

Această enciclopedie psihiatrică este cu atît mai necesară acum, cînd țara noastră are nevoie, mai mult decît oricînd, de o reevaluare spirituală și de asanare morală. Aceasta, întrucît psihiatria este o știință deschisă și comprehensivă, ale cărei acțiuni și deziderate depășesc distingerea normalului de anormal, fiind intens preocupată de disocierea moralului de amoral; ea este, în același timp, știința structurării și, mai ales a destructurării personalității, ca și a ipostazelor patologice ale moralității.

Eforturile de ortoeticizare, ca și activitatea iatrică, vindecătoare, trebuie desfășurate neîntîrziat, metodic și cu rigoare, astfel încît:

— celor care sînt admirativi și încîntați de admirabila și enciclopedica noastră realizare, să nu ezităm a le spune adevărul că și alții, aici la noi, ar fi putut face și sînt capabili de opere asemănătoare;

— celor veniți de peste țări și mări spre a ne vorbi, cum am văzut, despre psihiatrie In terminologia anilor '60, să avem curajul a le spune că noi discutăm și folosim taxinomiile internaționale din anii '90 ;

— celor care, venind la noi, fac eforturi să ne explice ce este psihanaliza, să le arătăm că aici s-au scris cărți și studii de psihanaliză, că s-au făcut traduceri de psihanaliză, că însuși Sigmund Freud a expediat scrisori (în care vorbea de psihanaliză) în România ;

— celor care ne aduc la cunoștință, cu înțelegere și îngăduință, că există o concepție psihosomatică și un mod psihosomatic de abordare a pacientului să le arătăm că la noi s-au publicat studii și cărți de psihosomatică, așa cum la ei nu s-au scris ;

— evident, celor care venind în această „țară a lui Dracula", vorbindu-ne despre umanizarea spitalelor, despre etică medicală și psihiatrică, le putem demonstra prin date certe, pe care și istoriografia medicală din țările lor le consemnează, că în aceeași perioadă istorică în care la ei bolnavii psihici erau arși pe ruguri, la noi erau ocrotiți și tratați în „bolnițele mînăstirești".

Toate aceste aspecte apar, acum, mai elocvent în fața prezentei enciclopedii care constituie în felul ei, un monument. În același timp, trăim regretul că nici unul din aspectele mai sus citate nu au fost pînă acum comunicate de către numeroși ambasadori ai psihiatriei noastre în străinătate, iar cînd psihiatrii altor țări au venit aici, ele au fost cu grijă eludate sau deliberat ignorate. Din păcate, spunerea adevărului, dintr-un fapt firesc și elementar, a devenit acum la noi, în mod paradoxal, un fapt moral și necesar.

În astfel de momente de bilanț, ca acesta oferit de încheierea enciclopediei psihiatrice, trăim mai acut ca oricînd nevoia unor relații interpersonale morale, nevoia de o societate morală, în care tot ceea ce a fost sau este rău, ca și ceea ce este bun și valoros, să fie scos la iveală. Acest lucru trebuie făcut cu sinceritate și obiectivitate, căci fanatismul în ipostazierea răului este un ultragiu asupra binelui, iar psihiatrul autentic nu poate fi decît un exponent al adevărului.

Prof. dr. GEORGE IONESCU

LISTA ABREVIERILOR FOLOSITE IN TEXT

(B) = boală
cf. = confer (compară)
(D) = delir
(DCI) = denumire chimică internațională
(F) = fobie
(H) = halucinație
(I) = iluzie
limba arabă = arab.
limba engleză = engl.
limba franceză = fr.
limba germană = germ.
limba greacă = gr.
limba latină = lat.
(M) = medicament
(MC) = medicament compus
(R) = reacție
s = semn, simptom
(S) = sindrom
sin. = sinonim
(T) = test

Notă :

- toate titlurile articolelor sînt abreviate prin inițiale aldine verzale. De exemplu : ACTIVITATEA NERVOASĂ SUPERIOARĂ = ANS ; AMNEZIE RETROGRADĂ = AR ş.a. ;
- săgeata (→) trimite spre articole conexe ;
- săgeata cu sinonim ($\xrightarrow{\text{sin.}}$) trimite spre articole sinonime.

```
  SSS
 SSSS  SS
 SS       SS
 SSSS
      SS
         SSSS
 SS       SS
    SS  SSSS
      SSS
```

1. **S — efect** ● Efect spațio-temporal care survine în cazul apariției a trei stimuli vizuali. Atunci cînd distanța dintre doi stimuli este mai mică, intervalul de timp pare diminuat (PICHOT). A fost descris în 1935, de ABE, ca o inversare a efectului tau (HELSON și KING — 1931).

● **Ss sindrom** — sin CLÉRAMBAULT (8) sindrom; CLÉRAMBAULT-KANDINSKI (8) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AUTOMATISM MINTAL.

● **S — vector** ● Unul dintre cei patru vectori pulsionali preconizați de SZONDI în analiza destinului. Vectorul S sau pulsiunea sexuală este rezultanta factorului pulsional h (nevoia de tandrețe, de sentimente materne, de pasivitate și feminitate) și a factorului pulsional s (nevoia de agresivitate, de sadism, de masculinitate, de sentimente paterne, de activitate și virilitate). În cadrul patologiei, vectorul S ar delimita „grupa bolilor pulsionale de ordin sexual" în care ar intra homosexuali, sadici și masochiști.

După SZONDI, principalele clase pulsionale inegale, legate de vectorul S, sînt următoarele:

TABEL CXXX

CLASELE PRINCIPALE Sh (*bisexuali latenți*)		*CLASELE PRINCIPALE Ss* (*partenerii uniunii dualiste și sadicii latenți*)	
SUBCLASA Sh+ (*brutalitatea infantilă*)	*SUBCLASA Sh—* (*umaniștii activi*)	*SUBCLASA Ss+* (*„călăii mieluței"*)	*SUBCLASA Ss—* (*masochiștii*)
Forme patologice: ● trac școlar ● isterie de angoasă ● isteroepilepsie ● epilepsie ● dromomanie ● cleptomanie ● predispoziția spre crime pasionale ● schizofrenie paranoidă ● depresie paranoidă	Forme psihologice	Forme patologice: ● tulburări de sexualitate	Forme patologice: ● nevroză obsesivă ● nimfomanie ● „logomanie" ● frigiditate ● impotență ● rar, schizofrenie paranoidă

Amintim că, în opinia acestui autor, clasa Sh+ este cea mai răspîndită în cadrul normalității (copiii de la 5—6 ani, tinerii de la 19—20 ani, adulții în decadele a 3-a, a 5-a și a 6-a de viață, bătrînii în decada a 8-a și a 9-a).

Propensiunea către o anumită carieră profesională a celor din clasa Sh — este mai mare pentru medicină, psihologie și psihiatrie, iar a celor din clasa Ss—, pentru pediatrie, educatori, psihologie infantilă, stomatologie etc.

Legătura dintre predominanța vectorului S și caracter, ar avea următoarele posibilități de manifestare:

TABEL CXXXI

Trăsături particulare de caracter	*Simptome experimentale*							
	h	*s*	*a*	*hy*	*k*	*p*	*d*	*m*
Asexualitate, abstinență	0	0					0	0
Sexualitatea normală a omului mediu	+	+			−	−	0	+
Sexualitate sublimată	−	−			+	+	−	−
Bărbatul „efeminat“	+	−			0	±	+	+
Femeia „virilizată“	−	+			± +	0 0	+	+
Sexualitatea infantilă	0 +	0 0			+ +	− ±	−	+
Bisexualitatea	±	±					+	+
Homosexualitatea pasivă la bărbat	+	−	+	−	0	±	+	+
Homosexualitatea pasivă la femeie	−	+	−	+	± 0	0 0	+	+

→ SZONDI(T) test.

2. **SACERDOT** (cf. lat. *sacerdos* „preot“) ● Reprezentant al divinității într-o comunitate religioasă, în cadrul căreia îndeplinește ritualul religios. Funcția sacerdotală și, mai ales, puterea sacerdotală se capătă în urma unui proces de inițiere, în cursul căruia persoana suportă o investitură sacră, deci o investitură ce-i conferă atribute ale divinității. Sacerdotul are puteri magice și dispune de formule sacre care îl ajută în exercitarea acestor puteri. Membrii comunității religioase consideră că sacerdotul poate influența desfășurarea unor fenomene naturale și sociale, prin apelul la bunăvoința divinității și prin obținerea acestei bunăvoințe. Ca păstrător al învățăturii sacre și ca reprezentant al puterii sacre, el intervine în diferite probleme, fie cu rol de consultant (în plan social și politic), fie cu rol de tămăduitor (vindecarea bolilor).

În perspectivă psihopatologică, noțiunea trimite la delirul mistic, în cadrul căruia persoana își atribuie calități sacerdotale ; în cazul în care convingerea puternică a bolnavului este însoțită de anumite însușiri mintale sau ale personalității, el reușește să găsească persoane pe care să le influențeze (bolnavul care se consideră sacerdot devine inductor) și eventual să le antreneze în organizarea unor secte.

3. **SACHER-MASOCH Leopold (von)** (1836—1895) ● Romancier austriac. Dotat cu o putere de muncă excepțională, obține la numai 19 ani titlul de doctor în drept. Un an mai tîrziu, este numit profesor de istorie germană la Gratz. Abandonează preocupările profesionale în favoarea literaturii.

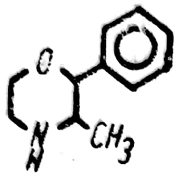
În lucrările sale literare, scriitorul a descris agresivitatea sexuală resimțită ca plăcere de către partenerul agresionat („Der Emissar“, „Die geschiedene Frau“, „Passionsgeschichte eines Idealisten“). Masochismul (termen construit pornind de la aceste lucrări literare) se pare că a fost pentru autor nu doar o ficțiune literară, ci un mod obișnuit de satisfacție sexuală în căsătoriile sale (cu Laura RÜMELIN și Hilda MEISTERN).

4. **SACHS Hanns** (1881—1947) ● Medic psihiatru, psihanalist de origine germană. Vine în contact cu opera lui FREUD în 1904, apoi îl cunoaște personal și devine unul din discipolii săi. Este prieten cu RANK, cu care, în 1912, editează revista „Imago“. După 1920 activează la Berlin, iar în 1935 începe să lucreze

la Boston cu ALEXANDER, căruia îi urmează la conducerea institutului.

Dintre lucrările sale se detaşează „Inconştientul creator" şi studiile psihanalitice asupra unor personalităţi celebre: BAUDELAIRE, BISMARCK, CELLINI, SCHILLER, SHAKESPEARE. Ultima sa lucrare, din 1944, se intitulează „FREUD, profesor şi prieten".

5. **SACIETYL**$^{(M)}$ Ceho-Slovacia — DCI *Fenmetrazină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-metil-2-fenilmorfolină, cu puternice valenţe anorexigene. Este utilizat în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor. Pot exista fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului → PSIHOSTIMULENTE.



6. **SACRIFICIU** (cf. lat. *sacrificium*) ● În sens religios, ofrandă adusă divinităţii, în cadrul unei ceremonii. În felul acesta, este distrus un obiect (fiinţă sau lucru), cu anularea simultană a tendinţei de revendicare egoistă — intrinsecă naturii umane — prin conştientizarea de sine şi luarea în posesiune a propriei persoane.

Ceea ce se sacrifică este un lucru pe care persoana îl posedă, deci există o identitate între lucrul sacrificat şi fiinţa care sacrifică. LÉVY — BRÜHL numeşte această apartenenţă „participaţie mistică"; participaţia mistică presupune o identitate inconştientă între persoană şi lucru, identitate cu semnificaţie simbolică a unirii unei părţi inconştiente a fiinţei cu o parte necunoscută a lucrului (deci este unirea între două elemente necunoscute, în virtutea coincidenţei generice a necunoscutului cu necunoscutul). Lucrul care aparţine individului este lucrul care suportă investiţia conţinuturilor inconştiente ale individului. De aceea, orice ofrandă (şi sacrificiu) implică o revendicare personală, se supune principiului „do ut des"; actul de a da, în sine, nu înseamnă sacrificiu, ci devine sacrificiu în măsura în care lucrul este distrus, ceea ce ar anula revendicarea conştientă a individului; rămîne însă o revendicare subtilă şi secretă (inconştientă), care dă sacrificării calitatea unei acţiuni magice (obţinerea bunăvoinţei divine). Sacrificiul în sens restrîns şi autentic presupune o evoluţie spirituală pînă acolo, încît persoana să devină conştientă că ofranda făcută reprezintă o parte din ea însăşi, deci că persoana distruge o parte a fiinţei sale fără a revendica nimic — este valoarea etică supremă a sacrificiului resimţit ca o pierdere. Semnificaţia psihologică a acestei pierderi este însă aceea a unui cîştig, întrucît „puterea de a te sacrifica presupune, cu necesitate, puterea de a te lua în stăpînire, de a te poseda" (JUNG, 1971). Sacrificiul autentic presupune deci distrugerea lucrului şi distrugerea revendicării prin conştientizarea acestei revendicări. În acest sens vorbeşte JUNG despre „Sinele integrat" (neechivalent cu Sinele freudian), înţelegînd prin această expresie Sinele eliberat de proiecţie şi funcţionînd ca o „putere psihică determinantă".

În accepţiunea psihologiei generale (şi în sens larg), sacrificiul desemnează renunţare voluntară a persoanei la un beneficiu propriu, în numele datoriei sau al onoarei (sub aspectul psihologiei profunde, aici intervine conştiinţa morală, elemente ale Supraeului); a se devota cuiva, a priva propria persoană de anumite lucruri în beneficiul altei persoane, a renunţa la satisfacţiile proprii pentru satisfacţiile altei persoane, toate acestea definesc o conduită a sacrificiului fără a reprezenta însă un sacrificiu autentic, întrucît implică o revendicare etică inconştientă. Dacă acest mod de a renunţa se accentuează, el generează conflicte mai mult sau mai puţin profunde, mai ales în măsura în care persoana căreia i se adresează sacrificiul nu răspunde favorabil, implicit sau explicit, persoanei care se sacrifică (deci acea revendicare, manifestă sau nemanifestă, nu este satisfăcută). Sacrificiul aparent poate ascunde: trebuinţa de posesiune, trebuinţa de dominare, trebuinţa de punere în valoare, trebuinţa de consideraţie; sacrificiul fals, ca şi construcţia de scopuri fictive, avînd la origine trebuinţe nerecunoscute de individ ca atare şi generînd dorinţe contrare trebuinţelor, apare ca modalitate nevrotică de existenţă, în special în nevroza de caracter, nevroza de eşec, nevroz de destin. Actele rituale simbolice cu semnificaţie sacrificială se întîlnesc în nevroza obsesională. Revendicarea afecţiunii şi atenţiei pe parcursul unor renunţări trăite ca sacrificiu, a unor investiri trăite ca sacrificiu (de fapt, revendicarea posesiunii exclusive asupra persoanei care a beneficiat de sacrificiu) apare la personalităţile isterice. Conduita sacrificială reprezintă o formaţiune reacţională de tip obsesional sau de tip demonstrativ. Autodestrucţia sau distrugerea unui obiect care aparţine subiectului nu constituie, ca act în sine, acte sacrificiale. Atitudinea personalităţii dizarmonice, prin ea însăşi, nu angajează persoana în conduite de sacrificiu. Pierderea unui obiect fără ca subiectul să fi avut, conştient, intenţia pierderii poate avea o semnificaţie simbolică de act sacrificial (de sacrificiu inconştient).

7. **SACRU** (cf. lat. *sacer* „sfînt") ● Atribut definitoriu al divinităţii, al unor reprezentanţi ai acesteia, al unor obiecte de cult sau al unor ritualuri. Sacrul trimite la manifestarea divinităţii transcendente, pure, inviolabile. Se opune termenului de profan (care se referă la nonapartenenţa religioasă, la absenţa totală a elementului sacru). Prin natura lor, lucrurile şi fiinţele comune nu deţin atributul de sacru. Sacrul semnifică: esenţa pură, perfecţiunea, transcendenţa, intangibilitatea, în sensul de inviolabil. Se atribuie termenul de sacru şi unor fiinţe spirituale, persoane, locuri, lucruri, toate acestea trebuind în prealabil să suporte o acţiune de sfinţire, ce presupune jertfă interioară, investire din partea divinităţii. Sacrul oferă protecţie şi securitate.

Figurativ, atributul sacru trimite la veneraţie şi respect inviolabil; astfel, persoana tatălui şi reprezentanţii figurii paterne (în care se conţine, la un nivel profund, modelul divinităţii) posedă atributul sacralităţii. Sacrul inspiră teamă, respect şi poate funcţiona ca interdicţie.

În perspectivă psihopatologică, maladia legată de sacru trimite la „maladia tabu-ului" şi aceasta este nevroza obsesională (prohibiţiile obsesionale sînt analoge prohibiţiilor tabu-ului, iar acestea din urmă se transmit prin autoritatea paternă). Ritualurile sacre (scenarii riguroase avînd drept scop integrarea într-o ordine superioară, cu invocarea şi preluarea puterii divinităţii, scenarii ce se desfăşoară, implicit, după un model divin) conservă credinţa, fiind expresia unui apel magic la divinitate (→ TOTEM, TABU).

8. **S.A.D. (Seasonal Affective Disorder)** — sin. HIBERNALĂ DEPRESIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HIBERNAL DEPRESIV RECURENT(8) sindrom.

9. **SADE Donatien Alphonse François** (marchiz de) (1740—1814) ● „Divinul marchiz", scriitor francez. Se naşte într-o familie provensală foarte nobilă, printre strămoşii săi îndepărtaţi numărîndu-se celebra LAURA, cîntată de PETRARCA.

După ce absolvă cursurile colegiului Louis le Grand, devine ofiţer de cavalerie, participînd la „războiul de şapte ani" cu Germania. Fiind implicat într-o serie de aventuri galante, ca şi de încălcări flagrante ale legii, va petrece aproape trei decenii în stare de recluziune.

Fără ca faptele sale reale să atingă violenţa descrierilor din romanele sale, traiectoria existenţială a marchizului de SADE este marcată de o serie de contorsionări, care trădează o structură dizarmonică a personalităţii.

Romanele sale: „Justine" (1781), „Cele 120 de zile ale Sodomei sau şcoala libertinajului" (1785), „Aline şi Valcourt" (1788), „Juliette" (1976), „Filozofia de budoar" (1975), se constituie într-o veritabilă enciclopedie a perversiunilor sexuale (HAVELOCK ELLI), un fel de „psihopatia sexualis" a secolului al XVIII-lea.

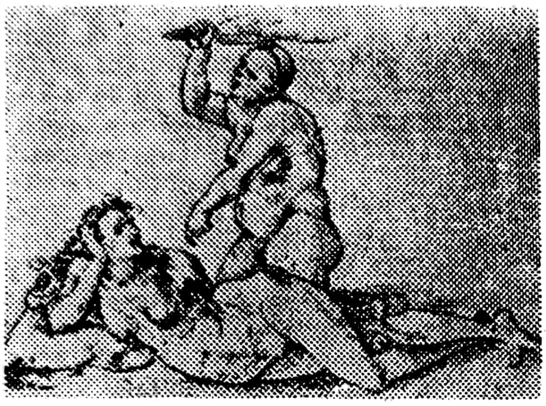
În timpul revoluţiei de la 1789, admirator ardent al lui MARAT, a jucat un rol politic minim şi, stîrnind suspiciunea aripii revoluţionare prin moderaţia sa, a fost închis, iar ulterior, după un celebru pamflet antinapoleonian, internat la Charenton.

În azilul condus de Royer COLLARD, de SADE, pacientul al cărui comportament părea unora dintre supraveghetori „cel al unei persoane cu mintea sănătoasă", a organizat un teatru, fiind un veritabil premergător al psihodramei.

10. **SADIC — tip de personalitate** ● Tulburare în structurarea personalităţii, a cărei trăsătură esenţială este un model comportamental caracterizat prin cruzime, umilire a celorlalţi şi agresivitate manifestă îndreptată către persoanele din jur încă din perioada postadolescenţei (→ PERSONALITATE DIZARMONICĂ).

11. **SADISM, SADO-MASOCHISM** (Denumirile provin de la numele marchizului DE SADE şi, respectiv, de la cel al romancierului german SACHER-MASOCH, care au făcut apologia acestor comportamente sexuale, în scrierile lor) ● Ca perversiune sexuală, sadismul se concretizează în modalitatea de a obţine plăcere sexuală numai prin provocarea unor suferinţe fizice şi/sau morale partenerului. KRAFFT-

EBING definește sadismul drept mod „de a obține o senzație de plăcere sexuală, ajungînd pînă la orgasm, prin provocarea de umiliri, pedepse, cruzimi de toate felurile, unei ființe umane sau chiar unui animal, ca și pulsiunea de a provoca aceste senzații de plăcere prin mijloace adecvate". MOLL include în definiția sadismului noțiunea de suferință morală, necesitatea de umilire a partenerului. Același rol dominator al dorinței de a umili îl subliniază și FREUD („Pulsiunea și destinul pulsiunilor").



A. Dürer

Deși aparent opuse ca manifestare, sadismul și masochismul sînt tratate împreună, FREUD afirmînd chiar, încă din 1905, că „un sadic este în același timp și un masochist". În concepția psihiatrică modernă, sado-masochismul nu este legat numai de sfera perversiunilor sexuale, ci și de un mod de comportament : „sadismul moral", „perverși amorali", „masochismul moral" (H. EY).

Gradele de agresivitate ale sadicului pot atinge intensități diferite, de la simple „înțepături", pînă la flagelare, torturi, crimă (istoria criminalisticii citează cazuri celebre, care au răspîndit teroare în epocile respective : vampirul din Düsseldorf, măcelarul din Hanovra, Jack Spintecătorul, dar nu trebuie excluși nici NERO, TIBERIU, CALIGULA). Comportamentul sadic-agresiv se desfășoară înaintea sau în timpul raportului sexual, avînd nevoie de un anumit cadru și de un anumit scenariu. Suferințele sînt provocate prin cele mai variate mijloace : flagelare, înțepături, arsuri, murdărirea cu excremente, injuriere, umilirea partenerului. Acest comportament, mai frecvent la bărbați, se poate manifesta în forme minore la femei, prin mușcarea partenerului, zgîrieturi etc.

După unii autori, necrofilia (fie că raportul pexual se face cu cadavre abia înhumate, fie să se face cu cele deja intrate în putrefacție) coate fi considerată tot ca o formă de sadism. Actul sadic sexual necrofilic poate fi urmat de canibalism sau de maltratarea cadavrului. Este descrisă și agresivitatea sadică manifestată asupra animalelor.

După SPITZER și colaboratorii, criteriile de diagnostic ale sadismului sexual sînt următoarele :

- provocarea unor suferințe psihice sau fizice unei persoane, în mod abuziv și fără consimțămîntul acesteia, cu scopul obținerii plăcerii sexuale ;
- provocarea unor suferințe fizice sau morale de gravitate medie unei persoane, cu consimțămîntul acesteia, în scopul obținerii plăcerii sexuale ;
- provocarea, în scopul obținerii plăcerii sexuale, a unor suferințe grave, soldate chiar cu moarte, asupra unei persoane care inițial a consimțit la acest comportament, fără însă a-i prevedea urmările.

Vîrsta de instalare a acestui comportament sexual este variabilă, de obicei fiind reprezentată de perioada adolescenței. Poate fi permanent, cronic, mai rar accidental. Există și posibilitatea desfășurării paralele a unei activități sexuale normale.

Sadismul, în afara cadrului strict al sexualității, se poate constitui în conduite simbolice fără nici o implicare sexuală, tradus în violență, recurgere și plăcerea de a recurge la pedepse corporale crude asupra subordonaților, abuz de putere, plăcerea de a tortura, de a umili, de a irita — ceea ce H. EY numește „sadism moral".

Opus (aparent) sadismului este masochismul. Uneori, cele două comportamente deviante se întîlnesc asociat, constituind sado-masochismul. Există posibilitatea ca, într-un moment de revoltă, masochistul să devină sadic.

Sado-masochismul se practică într-o atmosferă secretă, plină de mister, creînd un cuplu călău-victimă ce înlocuiește cuplul normal bărbat-femeie (POROT). Acest comportament se manifestă înaintea sau în timpul coitului.

Fantasma sado-masochismului, apărută încă din copilărie, se concretizează în comportamentul adultului, agravîndu-se treptat.

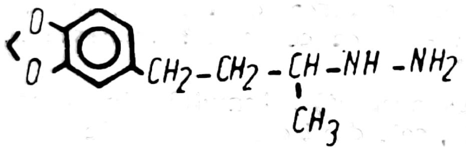
Se impune o diferențiere a sado-masochismului sexual de structura sadică sau masochistă a unor personalități, la care suferința și provocarea ei (sau autoprovocarea) nu au nici o legătură cu activitatea erotică. Este vorba de un tip de personalitate și nu de o perversiune, acești indivizi avînd, de obicei, o activitate sexuală relativ normală. Personalitățile sado-masochiste pot avea o aparentă integrare socială normală.

Abordînd psihanalitic sado-masochismul, în prima topică, FREUD consideră că acesta constă în esență dintr-un sadism uman, care, investit în obiect, suferă două operații : o transformare a activității subiectului în pasivitate, modificînd agresivitatea dinspre obiect în agresivitatea spre subiect. Masochismul devine astfel un autosadism. În cea de a doua topică, FREUD face referire la pulsiunea morții, care subvenționează libidoul, determinînd îndreptarea agresivității spre obiectul exterior (masochism exogen sau primitiv) sau întorcînd sadismul uman împotriva subiectului (masochism secundar).

FREUD a descris rolul sadismului și masochismului în organizarea libidinală a personalității la nivelul diverselor stadii, în special în stadiul sadic-anal, care se situează între 2—4 ani și care este marcat de dubla analogie : retenție-refuz, evacuare-dăruire. Această organizare este contemporană cu debutul complexului oedipian, una dintre funcțiile sale fiind trecerea la stadiul falic.

12. **SAFISM** (după numele poetei SAPHO din Lesbos, secolul al VI-lea î.e.n.) — sin. GINEICOFILIE → LESBIANISM.

13. **SAFRA**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Safrazină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip 1 metil-3-(3,4-metil-endioxifenil)-propilhidrazină, indicat în depresiile inhibate. Este lipsit de efecte sedative (se recomandă asocierea) ; nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice, necesitînd o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.



14. **SAICOSTIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)-fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

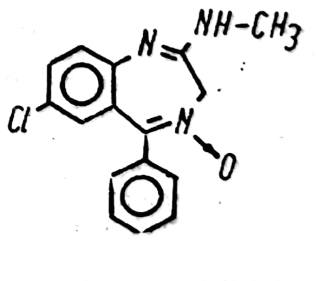
15. **SAINT GUY**$^{(B)}$ boală — sin. COREE ACUTĂ ; COREE MINOR ; COREE REUMATISMALĂ ; DANSUL SFÎNTULUI GUY $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SYDENHAM$^{(B)}$ boală.

16. **SAINT JEAN DE DIEU (CIUDAD Jean)** (1495—1550) ● Portughez stabilit în Spania la 1537 (sau 1540) ; creează o instituție de caritate pentru îngrijirea bolnavilor psihic, gen de așezăminte care se vor răspîndi în întreaga Europă Occidentală („Charités“). Dintre acestea, Charenton din Franța va fi cea în care se va naște psihiatria modernă.

17. **SAKEL Manfred** (1900—1957) ● Studiază medicina la Viena, unde obține și diploma în 1925. Atras de psihiatrie (încă din timpul studiilor) devine, în 1927, medic șef al secției de tratament al toxicomanilor de la Lichterfeld (Berlin), unde utilizează insulina în dezintoxicarea morfinomanilor, plecînd de la efectul sedativ al acesteia și de stimulare a apetitului alimentar. Cu totul incidental, realizează o comă insulinică, după care obține remiterea elementelor psihotice la cazul respectiv. Această observație îl determină să încerce realizarea comei în scopul remiterii psihozelor. În 1933, se reîntoarce la Viena, în clinica universitară a lui PÖTZL, care se arată atras de metodă. În noiembrie 1934, începe seria celor 13 articole publicate în „Săptămîna medicală vieneză“, prin care face cunoscută metoda de tratament al schizofreniei prin șoc hipoglicemic, realizat prin administrarea insulinei. Această metodă este denumită **„cura Sakel“** și a constituit una dintre metodele de tratament biologic larg utilizată pînă la instaurarea erei neuroleptice (1952). După 1938, SAKEL emigrează în S.U.A. Ultima perioadă a vieții sale este plină de confruntări, în încercarea sa de a fi considerat părintele terapiei convulsivante.

18. **SAKEL — cură** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ INSULINOTERAPIE.

19. **SAKINA**$^{(M)}$ Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.



20. **SALATĂ DE CUVINTE** (cf. fr. *salade*) ● Formă de incoerență a comunicării verbale și/sau scrise, constînd în amalgamarea cuvintelor și a noțiunilor, utilizarea lor (atît a cuvintelor curente, cît și a neologismelor) realizîndu-se fără nici o legătură logică, ca urmare a disocierii (de obicei) sau confuziei. Este unul din simptomele întîlnite frecvent în schizofrenie.

21. **SALON — debilitate mintală** (cf. fr. *salon*) ● Nivel intelectual redus, mascat de aparența unui limbaj corect, construit pe șabloane, de maniere deprinse prin mari eforturi educaționale, îmbrăcăminte distinsă, respectarea unor reguli sociale simple, comune. Caracteristic acestor „debili mintal gen salon“ (A. E. HOCHE) este pretenția lor de spiritualitate Frazeologia învățată pe de rost nu poate masca însă incapacitatea critică a indivizilor, imposibilitatea lor de a formula opinii. GANNUȘKIN îi va include (în 1933) în grupa „proștilor constituționali“.

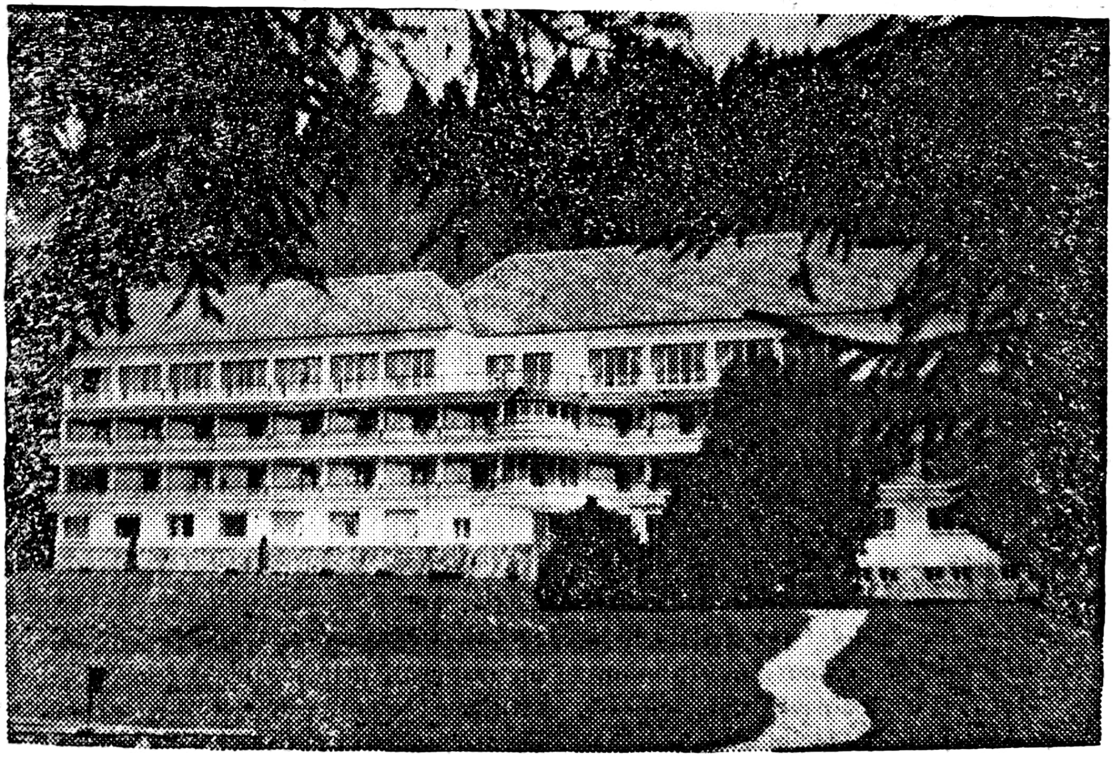
22. **SALUS**^{s} **semn** — sin. HANN^{s} semn ; SALUS-GUNN^{s} semn $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SOBANSKI^{s} semn.

23 **SALVAMOL**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă ; are și valențe analgezice.

24. **SALVATORI-ESQUIROL-HUGELAN**$^{(s)}$ **sindrom** (descris independent, între anii 1817—1838) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIPSOMANIE.

25. **SANATORIU ÎN PSIHIATRIE** (cf. lat. *sanare* „a vindeca“) ● Unitate medicală de postcură, situată într-un mediu climateric de obicei montan sau submontan, dispunînd de condiții de realizare a climatoterapiei (aeroterapie, peisajoterapie etc.), a fizioterapiei, preponderente față de mijloacele chimioterapice. Concepute inițial ca unități de tratament pentru bolnavii de tuberculoză, sanatoriile au devenit, în anii 1930—1940, la inițiativa psihiatrilor elvețieni, lăcașuri care au adăpostit bolnavii psihic, construite după principiile unei asistențe psihiatrice moderne și utilizînd, din plin și fără rezerve, orice achiziție modernă, în tratamentul bolii mintale (malarioterapia, insulinoterapia, convulsioterapia etc.)

În cadrul organizatoric al asistenței psihiatrice din țara noastră, sanatoriul este destinat completării planului terapeutic recuperator al unor categorii de bolnavi psihic, între care nevroticii ocupă locul principal.



Sanatoriul de nevroze Predeal

Externaţi din unităţile cu spitalizare parţială sau ambulatorii sau, după caz, din secţia de psihiatrie, după obţinerea unei remisiuni stabile, pacientul poate beneficia (mai ales cînd scoaterea din mediu reprezintă un act salutar pentru vindecarea sa) de continuarea terapiei în condiţii de sanatorizare. Deşi numai Sanatoriul de Nevroze Predeal al Ministerului Sănătăţii (care este, în acelaşi timp, bază clinică de cercetare pentru Institutul de Neurologie şi Psihiatrie) funcţionează în aceste condiţii, şi alte unităţi psihiatrice, situate în condiţii climaterice asemănătoare, îndeplinesc, într-o anumită măsură, funcţii sanatoriale echivalente.

Cu toate că, în prezent, indicaţia sanatorizării se referă numai la nevroze, ea s-ar putea extinde, cu rezultate bune şi printr-o bună selecţie medicală (se exclude fondul organic) a cazurilor, la majoritatea afecţiunilor psihice în faza de remisie şi consolidare.

26. **SANCTIS-CACCHIONE(8)** **sindrom** — sin. IDIOŢIE XERODERMICĂ ELSÄSSER; SINDROMUL IDIOŢIEI XERODERMICE; XERODERMIE PIGMENTARĂ ● Sindrom de etiologie încă neprecizată, caracterizat prin asocierea xerodermiei pigmentare cu idioţie congenitală. A fost descris, în anul 1932, de C. de SANCTIS şi A. CACCHIONE.

Manifestările clinice se observă încă de la vîrsta de sugar: pete tegumentare hiperpigmentate, urmate de ulceraţii şi atrofie (xerodermie pigmentară), întîrziere accentuată în dezvoltarea psihomotorie, care se evidenţiază odată cu vîrsta (QI sub 20).

Etiopatogenic, se presupune o tulburare a metabolismului porfirinei. Nu există tratament specific.

27. **SANCTIS Sante (de)** (1862—1935) ● Psihiatru italian. Studiază medicina la Roma, obţinîndu-şi diploma în 1886, după o perioadă de activitate în învăţămînt. În 1906, devine director al Institului de Psihologie Experimentală (unitate pe care o şi înfiinţează), în 1919 este director al Spitalului de Psihiatrie din Roma, iar după 1930, şef al catedrei de boli nervoase si mintale.

Are o arie largă de preocupări: elaborează metoda de evaluare a oboselii intelectuale, participă la modificarea Codului penal italian, la înfiinţarea tribunalelor pentru minori, înfiinţează azile-şcoli pentru bolnavi psihic minori, încearcă, printre primii, individualizarea schizofreniei la copii.

Sante de Sanctis

28. **SANCŢIUNE** (cf. lat. *sanctio* „confirmare (a unui act); pedeapsă") ● Act social de aprobare, confirmare, considerare necesară (recompensă) sau dezaprobare, combatere (pedeapsă) a unor comportamente individuale, în raport cu un sistem normativ-valoric social, moral, juridic. Constrîngerile sociale se bazează pe măsuri punitive (pedeapsa ca modalitate de reprimare a unui gest sau a unei conduite, într-o situaţie dată, şi în general, avînd drept scop reprimarea acestei conduite); normele sociale, în ansamblul lor, sînt interdictive şi punitive, nu comprehensive.

Sancţiunea negativă interiorizată devine instrument de culpabilizare (autoculpabilizare, în măsura în care individul şi-o aplică singur); pedeapsa provoacă neplăcere, deci, întărită, accentuată repetat şi prelungită, devine generatoare de anxietate (de exemplu, întărirea excesivă a Supraeului, ca instanţă inconştientă punitivă şi culpabilizantă, în detrimentul autonomiei Eului).

Sancţiunea pozitivă sau recompensa (gratificaţia, aprobarea, considerarea) este de natură să stabilizeze un comportament (o reacţie, un răspuns), prin faptul că provoacă plăcere, satisface trebuinţa de autovalorizare. În mod normal, sancţiunea pozitivă are efect reconfortant şi mobilizator (este motivantă, intensifică

Externaţi din unităţile cu spitalizare parţială sau ambulatorii sau, după caz, din secţia de psihiatrie, după obţinerea unei remisiuni stabile, pacientul poate beneficia (mai ales cînd scoaterea din mediu reprezintă un act salutar pentru vindecarea sa) de continuarea terapiei în condiţii de sanatorizare. Deşi numai Sanatoriul de Nevroze Predeal al Ministerului Sănătăţii (care este, în acelaşi timp, bază clinică de cercetare pentru Institutul de Neurologie şi Psihiatrie) funcţionează în aceste condiţii, şi alte unităţi psihiatrice, situate în condiţii climaterice asemănătoare, îndeplinesc, într-o anumită măsură, funcţii sanatoriale echivalente.

Cu toate că, în prezent, indicaţia sanatorizării se referă numai la nevroze, ea s-ar putea extinde, cu rezultate bune şi printr-o bună selecţie medicală (se exclude fondul organic) a cazurilor, la majoritatea afecţiunilor psihice în faza de remisie şi consolidare.

26. **SANCTIS-CACCHIONE**(8) **sindrom** — sin. IDIOŢIE XERODERMICĂ ELSÄSSER ; SINDROMUL IDIOŢIEI XERODERMICE ; XERODERMIE PIGMENTARĂ ● Sindrom de etiologie încă neprecizată, caracterizat prin asocierea xerodermiei pigmentare cu idioţie congenitală. A fost descris, în anul 1932, de C. de SANCTIS şi A. CACCHIONE.

Manifestările clinice se observă încă de la vîrsta de sugar : pete tegumentare hiperpigmentate, urmate de ulceraţii şi atrofie (xerodermie pigmentară), întîrziere accentuată în dezvoltarea psihomotorie, care se evidenţiază odată cu vîrsta (QI sub 20).

Etiopatogenic, se presupune o tulburare a metabolismului porfirinei. Nu există tratament specific.

27. **SANCTIS Sante (de)** (1862—1935) ● Psihiatru italian. Studiază medicina la Roma, obţinîndu-şi diploma în 1886, după o perioadă de activitate în învăţămînt. În 1906, devine director al Institutului de Psihologie Experimentală (unitate pe care o şi înfiinţează), în 1919 este director al Spitalului de Psihiatrie din Roma, iar după 1930, şef al catedrei de boli nervoase şi mintale.

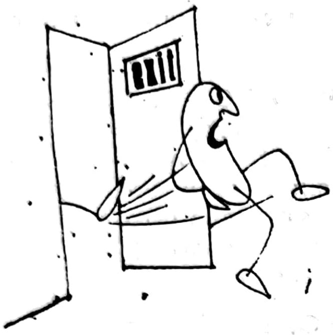
Are o arie largă de preocupări : elaborează metoda de evaluare a oboselii intelectuale, participă la modificarea Codului penal italian, la înfiinţarea tribunalelor pentru minori, înfiinţează azile-şcoli pentru bolnavi psihic minori, încearcă, printre primii, individualizarea schizofreniei la copii.

Sante de Sanctis

28. **SANCŢIUNE** (cf. lat. *sanctio* „confirmare (a unui act) ; pedeapsă") ● Act social de aprobare, confirmare, considerare necesară (recompensă) sau dezaprobare, combatere (pedeapsă) a unor comportamente individuale, în raport cu un sistem normativ-valoric social, moral, juridic Constrîngerile sociale se bazează pe măsuri punitive (pedeapsa ca modalitate de reprimare a unui gest sau a unei conduite, într-o situaţie dată, şi în general, avînd drept scop reprimarea acestei conduite) ; normele sociale, în ansamblul lor, sînt interdictive şi punitive, nu comprehensive

Sancţiunea negativă interiorizată devine instrument de culpabilizare (autoculpabilizare, în măsura în care individul şi-o aplică singur) ; pedeapsa provoacă neplăcere, deci, întărită, accentuată repetat şi prelungită, devine generatoare de anxietate (de exemplu, întărirea excesivă a Supraeului, ca instanţă inconştientă punitivă şi culpabilizantă, în detrimentul autonomiei Eului).

Sancţiunea pozitivă sau recompensa (gratificaţia, aprobarea, considerarea) este de natură să stabilizeze un comportament (o reacţie, un răspuns), prin faptul că provoacă plăcere, satisface trebuinţa de autovalorizare . În mod normal, sancţiunea pozitivă are efect reconfortant şi mobilizator (este motivantă, intensifică disponibilităţile, eforturile de îndeplinire, creşte nivelul performanţelor). Exagerarea sancţiunilor pozitive (gratificaţii frecvente, nejustificate obiectiv, depăşind valoarea reală a comportamentului) întăreşte imaginea de sine în latura ei de autoapreciere, cu deplasarea persoanei în centrul cîmpului său relaţional şi acţional.



ADLER consideră sentimentele de inferioritate şi de superioritate în contextul succesului şi eşecului ; în această perspectivă (a concepţiei adleriene despre formarea persoanei, a caracterului, în variantă normală şi în variantă patologică), sistemul de sancţiuni cu care se operează în procesul educaţiei determină, în esenţă, dinamica a două modalităţi complexuale : de exemplu, un copil hiperprotejat, gratificat în permanenţă, se va considera, la un moment dat, centru al atenţiei celorlalţi, va aştepta mereu întăriri pozitive, pe care le va aprecia ca naturale şi conforme unor merite deosebite ale sale ; confruntarea cu realitatea va fi resimţită ca nedreaptă şi dură, ceea ce va determina un răspuns prin fugă sau eşec — de aici dezvoltarea unui complex (sau sentiment) de inferioritate ; o persoană lipsită de afecţiune în copilărie, reprimată, dezaprobată sau frecvent pedepsită, va dezvolta mai tîrziu, în mod compensator, conduite agresive sau va adopta o atitudine amorfă, dezinteresată. Aşadar, efectele unei sancţiuni ţin, pe de o parte, de calităţile proprii sancţiunii (intensitate, durată, situaţie obiectivă care a provocat o), fie ea pozitivă sau negativă, pe de altă parte, de receptivitatea proprie individului, în funcţie de trăsăturile sale de personalitate, native sau dobîndite, deci de maniera sa proprie de a interioriza sancţiunea. De aceea, predominanţa sancţiunilor negative poate determina culpabilitate, anxietate (teamă permanentă de culpă şi pedeapsă) sau poate dezvolta conduite agresive (competitiv-agresive, dominator-agresive etc.), prin mecanisme compensatorii (sau cu semnificaţie compensatorie).

Astfel, sancţiunea, ca derivată sau ca manifestare a unui sistem-normativ valoric, poate deveni instrument de orientare şi autoreglaj sau poate intra, ca o componentă a unui proces, în etiopatogenia unor tulburări psihice din categoria nevrozelor, a devianţelor comportamentale sau a dizarmoniilor de personalitate ; ea favorizează selectiv întărirea unor tendinţe (trebuinţe) şi accentuarea compensatorie a altora, formînd sau deformînd rolurile persoanei în relaţia sa cu lumea.

29. **SANDER$^{(I)}$ iluzie.** ● Iluzie vizuală de tip optico-geometric, cu caracter fiziologic, constînd în efectul de inegalitate aparentă a celor două laturi (de altfel obiectiv egale) ale unui triunghi isoscel înscris într-un paralelogram. A fost descrisă de SANDER (1928).

30. **SANDRIL$^{(M)}$** S.U.A — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

31. **SAN FILIPPO$^{(B)}$ boală** — sin. MUCOPOLIZAHARIDOZĂ III ; OLIGOFRENIE POLIDISTROFICĂ ● Boală de stocare a mucopolizaharidelor acide (constituente principale ale substanţei fundamentale din ţesutul conjunctiv, sintetizate de fibroblaşti), consecinţă fie a unei tulburări a anabolismului acestora, fie a unei anomalii de degradare.

Transmiterea este genetică, de tip recesiv-autosomal.

Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin întîrziere psihică accentuată, dismorfism craniofacial de tip gargolic (facies grotesc, frunte bombată, narine lăţite, buze groase, limbă voluminoasă, dinţi mici), surditate (frecvent), hepatomegalie.

Examenele paraclinice evidenţiază celule Gasser în sînge şi celule Buhot în măduva osoasă, precum şi prezenţa fracţiunii heparitin-sulfat a mucopolizaharidelor acide în urină.

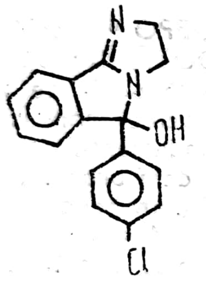
Evoluţia este gravă, către exitus în cîteva săptămîni sau luni.

32. **SANGUIN — temperament** (cf. lat. *sanguineus* „referitor la sînge") ● Tip de temperament caracterizat prin următoarele însuşiri, rapiditate, hiperactivitate, vioiciune, sociabilitate, mare capacitate adaptativă, emoţii intense şi sentimente superficiale, dorinţă de schimbare, interese multiple şi instabile.

HIPOCRAT aminteşte acest tip de temperament în clasificarea lui, iar PAVLOV îl consideră echivalent cu tipul de activitate nervoasă superioară puternic-echilibrat-mobil. Dată fiind disponibilitatea foarte bună de adaptare, acest temperament păstrează un echilibru psihic relativ continuu, este rezistent la schimbări, frustrările nu îl fac să demobilizeze, astfel încît reuşeşte o construcţie atitudinală rapidă, o reorientare în funcţie de situaţie. Persoanele cu temperament sanguin pot fi educate în sensul unui autocontrol eficient. Acest temperament favorizează reacţii imediate (deci educarea lui ar viza, printre altele, amînarea reacţiilor) şi un activism ridicat. Se corelează pozitiv cu simţul realului şi negativ cu intensitatea şi stabilitatea sentimentelor.

33. **SANOMA**$^{(M)}$ Germania — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamat isopropilcarbamat, cu acţiune anxiolitică, miorelaxantă şi uşor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranţă.

34. **SANOREX**$^{(M)}$ Canada, S.U.A. — DCI *Mazindol* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat clorfenilisoindolic, de tip 5-(p-clorofenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo/2,1-a/-isoindol-5-ol, fără efecte simpaticomimetice. Este indicat în astenii severe, sevraj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, în tratamentele de lungă durată cu NL şi anticonvulsivante, pentru combaterea unor efecte secundare ale acestora.



35. **SAPILENT**$^{(M)}$ Ungaria — DCI *Trimipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)-2-metilpropil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune antidepresivă, sedativă şi anxiolitică. Are o bună toleranţă. Nu se asociază cu IMAO. Influenţează reflexele conducătorilor auto.

36. **SARCASM** (cf. gr. *sarkasmos* ; lat. *sarcasmus* „rîs amar") ● Formă de agresivitate verbală, atitudine ironică, ameninţătoare, însoţită de satisfacţia provocată de atacul agresiei în sine. Sarcasmul poate viza o persoană sau o situaţie frustrantă sau poate reprezenta o atitudine generalizată, ca în cazul personalităţii dizarmonice cu marcate tendinţe sadice.

Sarcasmul implică întotdeauna nu numai frustrarea actuală în sine, ci mai ales anticiparea frustrării în toate planurile, ceea ce poate să apară ca o raţionalizare a tendinţelor agresive.

Sarcasmul este o componentă aproape generală a mizantropiei.

37. **SARCINĂ** — **tulburări psihice** → GRAVIDITATE.

38. **SARDONIC** (cf. fr. *sardonique* : vezi lat. *Sardonia (herba)* — numele unei plante care, consumată, provoca rîsul) ● Manifestare agresivă mimică sau/şi verbală : rîs sau zîmbet exprimînd satisfacţia provocată de efectul unui act agresiv, în general premeditat, împotriva unei persoane, a unui grup, a unei idei etc.

39. **SAROMET**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

40. **SARONIL**$^{(M)}$ S.U.A. — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

41. **SAROTEN**$^{(M)}$	Anglia, Danemarca, SUA, Suedia	DCI *Amitriptilină*
SAROTEN RETARD$^{(M)}$	Elveţia, Germania.	● Antidepresiv timoleptic, derivat
SAROTEX$^{(M)}$	Olanda, Mexic.	

dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptenă-Δ^{5} γ-propilamină, cu acţiune antihistaminică şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILIN$^{(M)}$.

42. **SARTRE Jean Paul (1905—1980)** ● Filozof, scriitor şi publicist francez. Este profesor de filozofie la Havre, în perioada 1931—1933,

după care pleacă la Berlin pentru a studia filozofia lui HUSSERL și HEIDEGGER. Revenit în Franța, predă filozofia pînă în 1939, cînd este mobilizat. Făcut prizonier în 1940, este eliberat în 1941. Predă din nou filozofia pînă în 1945, cînd părăsește definitiv învățămîntul pentru a se consacra muncii de creație. Aderînd la mișcarea de rezistență, este marcat de ideea luptei împotriva fascismului, iar după 1950 este tot mai mult influențat de marxism.

Jean Paul Sartre

Primele sale lucrări filozofice sînt orientate către problemele imaginarului și ale imaginației: „Actul imaginației este un act magic: este o incantație destinată a face să apară lucrul pe care-l dorești“ afirma el („L'imagination“ — 1936). În 1939, publică „Essai d'une théorie des émotions“, iar un an mai tîrziu „L'imaginaire, essai de psychologie phénoménologique“ — 1940, lucrări în care, influențat de contactul cu școala fenomenologică, abordează în mod original și constructiv problematica pusă în discuție.

În 1943, apare prima sa operă filozofică de amploare, „L'Être et le Néant — essai de ontologie phénoménologique“, în care încearcă fundamentarea ontologică a existenței pentru sine. Statutul ontologic al existenței umane este conceput de SARTRE într-o modalitate strict subiectivă și individualistă, de pe o poziție de gîndire total pesimistă asupra omului. Ființa umană, creație autonomă, contingentă și solitară, totalmente liberă să dispună de soarta sa și, ca atare, „condamnată“ la libertate, este copleșită de angoasă, de o *„greață“* iremediabilă. Indecis între idealism și materialism, el menține ruptura dintre „Sinele“ care prezintă realitatea materială și „pentru Sinele“, adică conștiința care „introduce neantul în lume“.

În 1960, apare a doua sa lucrare filozofică, de mare amploare, „Critica rațiunii dialectice“, în care SARTRE a făcut efortul de a regîndi problematica libertății și a individualității în lumina materialismului istoric, cu ajutorul conceptului marxist al praxisului.

SARTRE recunoaște existența unor „esențe istorice“, admițînd că alegerea nu poate fi total necondiționată, în ceea ce privește geneza și direcția sa de dezvoltare. Se sesizează în această operă deplasarea accentului de la existența pentru sine la existența pentru altul, de la singular la general, de la individ la societate și la istoria sa. Deși SARTRE a susținut că marxismul este singura filozofie autentică și de nedepășit a epocii contemporane, nu a renunțat la tezele fundamentale ale existențialismului, vrînd să realizeze o sinteză, pentru că materialismul istoric furnizează singura explicație valabilă a istoriei, iar existențialismul a rămas singura filozofie care se apropie concret de viață.

Pentru psihiatrie și pentru psihologie, opera sartreană a avut o importantă influență, mai ales în ceea ce privește orientarea fenomenologică și existențialistă a acestor discipline.

Trebuie notat că J. P. SARTRE a lăsat și o importantă operă literară, a cărei valoare deosebită a fost recunoscută prin acordarea premiului Nobel (1964), refuzat însă de scriitor.

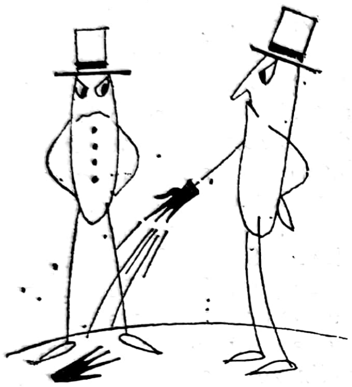
43. **SATANOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. *Satan* — în Noul Testament, conducător al demonilor; gr. *phobos* „frică, teamă“) ● Teamă de diavol, generatoare de tensiune și disconfort, împotriva căreia subiectul poate recurge la ritualuri, adeseori cu caracter magic. Este întîlnită în nevroza obsesivo-fobică, isterică, la personalitățile psihastenice, în schizofrenie etc. Apare mai frecvent la subiecții aflați sub influența superstițiilor, a doctrinelor religioase, deficitari sub aspect informațional-instrucțional etc.

44. **SATIRIAZIS** (cf. gr. *satyros* „satir, desfrînat“) — sin. AFRODISIOMANIE ● Hipererotism „psihic“, tradus printr-o excitație erotică ce depășește limitele mediei. În mod

paradoxal, poate apărea în stări de surmenaj, epuizare, insomnii, dar mai frecvent la debilii mintal, maniacali, demenţi. Se impune a fi diferenţiat de priapism, care constă într-o erecţie prelungită şi uneori dureroasă, de origine neurologică.

45. **SATIROMANIE** (cf. gr. *satyros* + *mania* „nebunie“) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SATIRIAZIS.

46. **SATISFACERE SUBSTITUTIVĂ** (cf. lat. *satisfacere* „a da satisfacţie“) ● Satisfacere indirectă a unei trebuinţe, printr-un obiect non-specific cu valoare de obiect-substitut, înlocuitor al obiectului specific.



În teoria economică a libidoului, această înlocuire trimite, pe de o parte, la o dorinţă inconştientă ; pe de altă parte, ea are o valoare simbolică, fiind legată prin căi asociative de conţinutul inconştient. Dacă un simptom psihic satisface în primul rînd o dorinţă inconştientă, atunci acest simptom reprezintă o formaţiune substitutivă. Satisfacerea substitutivă apare în nevroze şi perversiuni, subiectul nefiind conştient de această înlocuire a obiectului specific printr-un obiect-substitut. Astfel, în perversiune, se produce o substituire a întregii sexualităţi cu o componentă a sexualităţii infantile. Satisfacerea substitutivă se produce, în general, atunci cînd o trebuinţă, de obicei sexuală, întîmpină obstacole reale sau privaţiuni în satisfacerea ei (→ FORMAŢIUNE SUBSTITUTIVĂ, PERVERSIUNE, FETIŞISM, NEVROZĂ).

47. **SATISFACERE A TREBUINŢELOR** ● Ansamblu de mişcări, modalităţi şi acţiuni ale unui organism (fiinţe), constînd în alegerea unor obiecte specifice sau non-specifice (substitutive) pentru descărcarea unei stări de tensiune interioară, fiziologică (sete, foame) sau psihologică (dorinţă, intenţie). Tensiunea este creată de o trebuinţă (activă sau activată) care dezechilibrează organismul, prin acumularea unei cantităţi de energie în diferite zone ale sale. Satisfacerea trebuinţelor (descărcarea tensiunii) este însoţită de o eliberare de energie, eliberare care încetează odată cu redobîndirea echilibrului. Comportamentul patologic are la origine, între altele, mecanisme patologice de satisfacere a trebuinţelor. Acestea sînt mecanismele de apărare, nevrotice şi psihotice, care generează modalităţi patologice de căutare şi de alegere a obiectului specific sau a unui substitut obiectual pentru descărcarea tensiunii interioare a organismului (eliberarea de energie). Orice satisfacere a trebuinţelor este însoţită de emoţii (sentimente) pozitive, corespunzătoare plăcerii. Orice blocaj în satisfacerea trebuinţelor este însoţit de emoţii (sentimente) negative, corespunzătoare neplăcerii. Modalităţile de satisfacere a trebuinţelor se modifică, pe parcursul existenţei individului, în sensul că ele trec de sub dominaţia principiului plăcerii sub dominaţia principiului realităţii. Adecvarea la principiul realităţii revine la un proces adaptativ, în cadrul procesului de maturizare. Satisfacerea reală a trebuinţelor corespunde adaptării. Satisfacerea anormală a trebuinţelor presupune modalităţi deviate, neconcordante cu realitatea şi specifice bolii (→ TREBUINŢĂ, PULSIUNE, NEVROZĂ, MECANISME DE APĂRARE).

48. **SATISFACŢIE** (cf. lat. *satisfactio* „satisfacţie, reparaţie“) ● Stare afectivă pozitivă, de plăcere sau mulţumire, ce apare ca expresie a unei realizări, a împlinirii unor trebuinţe. Satisfacţia este legată de motivaţie şi ea poate fi conştientă sau inconştientă (de exemplu, beneficiile bolii implică satisfacţii de care persoana nu este conştientă ca atare). Satisfacţia apare, în special, în urma unui succes într-o acţiune/activitate şi ea se poate constitui în motivaţie sau poate amplifica o motivaţie existentă. Natura satisfacţiei derivă din natura trebuinţelor îndeplinite. Capacitatea de a obţine satisfacţii este dependentă de capacitatea de îndeplinire a trebuinţelor, la nivel conştient ; la nivel inconştient, satisfacţia nu presupune o „capacitate“ de îndeplinire prin cunoaşterea trebuinţei, ci o realizare a trebuinţei, direct sau indirect, cu implicarea unor mecanisme de defensă, nevrotice sau psihotice, a unui compromis între dorinţă şi realitate.

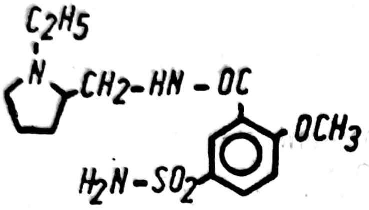
În perspectivă psihopatologică, satisfacţia suferă modificări :

- în ceea ce priveşte calitatea ei (cu referire la raportul dintre real şi fictiv ; în acest sens, de pildă, satisfacţiile nevroticului ar fi predominant fictive, ele purtînd amprenta suferinţei, indiferent dacă această suferinţă este sau nu simptomatică) ;

- în ceea ce priveşte modalitatea de obţinere (cu referiri la căile de realizare ale trebuinţelor şi la mecanismele psihice implicate în aceste căi de realizare).

Satisfacţia reală este satisfacţia obţinută prin cunoaşterea trebuinţelor în raport cu obiectul de satisfacţie şi, implicit, prin cunoaşterea obiectului (deci ea ar presupune cunoaşterea semnificaţiilor relaţiei subiect-obiect şi angajarea subiectului pe o cale de alegere care să-i aducă un beneficiu real şi fără suferinţă morbidă).

49. **SATO$^{(M)}$** Italia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile neurolepticelor incisive (endogenii) şi, în acelaşi timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.



50. **SATURAŢIE** (cf. lat. *saturatio* „săturare") ● Termen utilizat în psihologie cu mai multe accepţiuni, dintre care menţionăm :

- stare rezultată din satisfacerea momentan completă a unei trebuinţe şi caracterizată prin faptul că stimulii care declanşau o acţiune specifică de satisfacere a trebuinţei devin indiferenţi sau pot crea reacţii de respingere, dezgust, oboseală ;
- gradul de corelaţie dintre un test şi funcţia sau capacitatea psihică pe care o măsoară în analiza factorială ;
- grad de exprimare sau diferenţiere a tonurilor în teoria cromatică.

51. **SATURAŢIE SEMANTICĂ** (cf. lat *saturatio*) — sin. SATURAŢIE VERBALĂ ● Metodă în terapia comportamentală, folosită în tratamentul fobiilor sau al durerilor cronice. Se bazează pe pierderea sau diminuarea înţelesului unui cuvînt, atunci cînd este pronunţat frecvent, monoton şi rapid. Cuvîntul repetat este numele obiectului fobiei sau al durerii. Rezultatele sînt încă discutabile.

52. **SATURAŢIE-SUPRASATURAŢIE** — lege ● E. FERRI (1900), jurist, elev al lui LOMBROSO, a formulat legea „saturaţiei" şi „suprasaturaţiei" criminale, expresie a interacţiunii plurifactoriale în criminogeneză. Un mediu social anumit se caracterizează printr-o anumită criminalitate, fiecărei stări a unei societăţi corespunzîndu-i o conjunctură relativ constantă a diverşilor factori criminogeni (legea saturaţiei).

Modificarea anumitor factori prin evenimente sociale de anvergură (război, foamete, criză economică etc.) antrenează o creştere tranzitorie a criminalităţii în societatea respectivă (legea suprasaturaţiei). Aceste legi au importanţă pentru profilaxia delincvenţei.

53. **SATURNISM** (cf. lat. *saturnus* „plumb" — de la numele planetei Saturn) ● Intoxicaţie cronică sau acută cu substanţe care conţin plumb, însoţită de o simptomatologie psihică bogată şi polimorfă, care poate crea dificultăţi diagnostice majore.

Encefalopatia saturniană poate fi anunţată de semne prodromale ca astenie, iritabilitate, insomnii, după care apar crize de tip convulsiv. Au fost semnalate stări de confuzie mintală şi agitaţie, manie, onirism, productivitate halucinatorie.

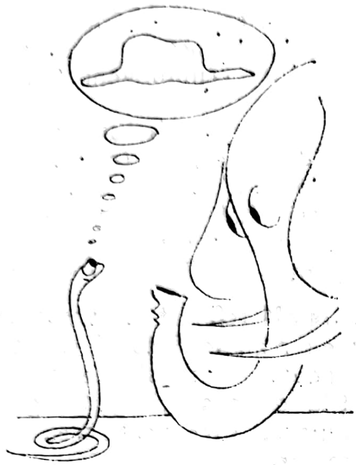
Diagnosticul, care poate fi sugerat şi de manifestarea unor semne meningeale cu limfocitoză şi albuminorahie, este confirmat de existenţa lizereului Burton, a unei anemii hipocrome, plumburie mai mare de 400 γ/l, plumburie mai mare de 1 000 γ în 24 de ore după perfuzarea unui gram de edetamină, porfinurie mai mare de 200 γ/l.

O intoxicaţie cu plumb frecventă, greu de diagnosticat datorită circumstanţelor particulare în care se realizează, este cea cu tetraetil de plumb aditiv din carburanţii moderni, care poate străbate bariera arterială. Iritabilitatea, anxietatea, coşmarurile, anorexia, hipotensiunea, hipotermia şi bradicardia sînt semnele unei intoxicaţii uşoare. Cazurile grave sînt caracterizate prin apariţia unei simptomatologii asemănătoare cu cea a deliriumului tremens. Pînă la un sfert din cazurile de encefalopatie saturniană sînt letale. 15% din intoxicaţiile cu plumb au sechele neurologice, înregistrîndu-se frecvent şi stări psihopatoide.

54. **SATUROSTIMULENTĂ** — medicaţie (cf. lat. *saturare* „a sătura" ; *stimulare* „a stimula, a excita") → ANOREXIGENE.

55. **SAŢIETATE** (cf. lat. *satietas* „saturaţie") ● Termen similar celui de saturaţie, exprimînd prin stări pozitive (de confort, satisfacţie, senzaţie de „bine") sau negative (repulsie de diferite intensităţi, mergînd pînă la dezgust vio-

lent), extincția unei tendințe apetitive (dorință sau trebuință substanțială, energetică, funcțională). Orice satisfacere a unei trebuințe (de exemplu, foame, sete etc.) are ca rezultat restabilirea echilibrului intern și stingerea interesului sau a imboldului pentru obiectul apetitiv. Suprasatisfacerea unei tendințe apetitive sau monotonia stimulației apetitive antrenează o aversiune mai mult sau mai puțin accentuată față de orice nouă stimulare de același fel. Terapiile comportamentale aversive (cura de dezgust, cura de dezintoxicare sau aversiunea condiționată) se bazează pe aceste mecanisme de extincție a comportamentelor apetitive. Pentru gestaltiști ca W. KOHLER și H. WALLACH (1944), prin sațietate se înțelege slăbirea (diminuarea), consecutivă unei stimulări prelungite, a calității percepției (→ APETIT, AVERSIUNE, SATURAȚIE, TREBUINȚĂ).



56. **SAURAN$^{(M)}$** Spania — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă. Nu are practic efecte simpaticomimetice.

57. **SAU/SAU—situație** ● Termen desemnînd o situație de permanentă incertitudine și ezitare, în care subiectul nevrotic se autosituează, exprimîndu-se în special în activitatea onirică. Pacientul dorește simultan două lucruri, fără să aibă capacitatea de a opta pentru unul dintre ele. El oscilează între două principii, pendulare care se poate referi și la persoane, obiecte sau idei. Fondul afectiv care însoțește această mișcare este bogat, generînd și alte simptome. El poate împinge pacientul către inactivitate totală sau către permanentă nemulțumire.

58. **SAUSSURE Ferdinand (de)** (1857—1913) ● Filolog și lingvist elvețian. Își face studiile la Universitatea din Geneva, apoi studiază lingvistica la Leipzig și Berlin. Între 1881—1891 predă gramatica comparată la Paris și își încheie prematur cariera universitară, ca profesor la Geneva (1891—1911). Lucrările sale au avut o înrîurire deosebită nu numai asupra lingvisticii, ci și asupra altor domenii cum ar fi sociologia, psihologia, teoria comunicării, filozofia. Autorul susține că limba este „un produs social al facultății limbajului și un ansamblu de convenții necesare adoptate de corpul social pentru a permite exercitarea acestei facultăți de către individ". El a făcut o fertilă distincție între lingvistica sincronică și cea diacronică. Principalele sale lucrări sînt : „Memoriu asupra sistemului primitiv al vocalelor în limbile indoeuropene" (1879), „Curs de lingvistică generală" (1916).

59. **SAVAMINE$^{(M)}$** Japonia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară clorpromazinei) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere ale psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

60. **SAYOMOL$^{(M)}$** Spania — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN$^{(M)}$.

61. **SĂLBATIC** (lat. *silvaticus*; cf. *silva* „pădure") ● *În* psihiatrie, termenul se referă la două aspecte :

- ● așa-numiții copii sălbatici, copiii neumanizați, care nu au fost supuși nici unei influențe socio-culturale și educative ;
- ● intervenție „sălbatică" („sauvage"), tip de intervenție psihoterapeutică.

În primul caz, este vorba despre copii abandonați, rătăciți în pădure și crescuți de animale. După ZINGG, acești copii prezintă caracteristicile animalelor adoptante, nu vorbesc, se hrănesc și se deplasează ca acestea.

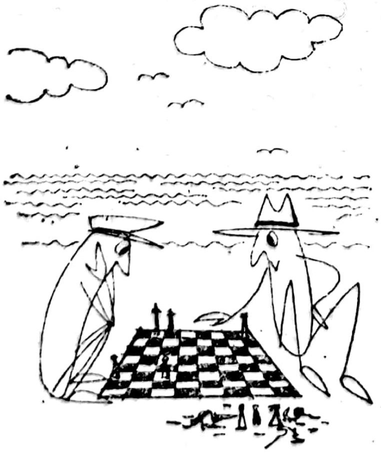
Cazul „sălbaticului din Aveyron", descoperit în pădurea Lacaume, în 1799, și studiat de doctorul ITARD, ca și cazul „copiilor-lupi" din Midnapora (două fetițe, Amala și Kamala, de patru și opt ani), capturați în India, în 1920, demonstrează încă o dată importanța mediului asupra dezvoltării omului, sub aspectul formării caracteristicilor specific umane. Eșecul doctorului ITARD în privința reeducării copilului sălbatic din Aveyron a dovedit importanța intervenției socio-educative în stadii de maturare precise și cu potențial educativ. Sistemul creat de ITARD în scopul reeducării acestui copil a servit ca bază pentru dezvoltarea teoriei și practicii privind recuperarea copilului handicapat.

Intervențiile psihoterapeutice „sălbatice" se caracterizează prin :

- interpretare teoretică fără a ține cont de cazul particular ;
- interpretare brutală, care încalcă regula după care se interpretează numai materialul ce apare la suprafață ;
- interpretare ce nu ține cont de transfer și de dinamica transferului ;
- interpretare care are ca efect întărirea rezistențelor ;
- interpretare care lezează intimitatea persoanei și nu ia în considerare fenomenul de perlaborare.

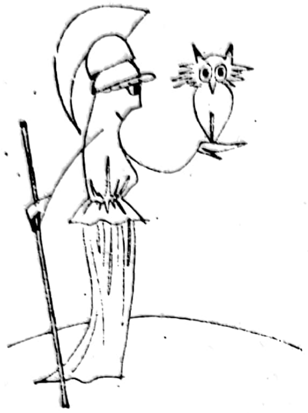
În general, intervenția „sălbatică" este practicată de amatori sau începători în psihoterapia de tip analitic, oferind o cheie în stil rebusist a cazului particular și nu are nici un efect pozitiv, putînd dimpotrivă să producă subiectului raționalizări excesive și creșterea rezistențelor față de procesul delicat și complex de autocunoaștere, autoacceptare și luare în stăpînire, care este procesul psihoterapeutic.

62. **SĂNĂTATE MINTALĂ** (lat. *sanitas* „sănătate" ; *mens* „spirit") ● Derivată din intersectarea unor planuri ce reprezintă starea de normalitate, sănătate și boală, noțiunea este subsumată conceptului mai general pe care Organizația Mondială a Sănătății îl definește ca „o condiție a unei complete bunăstări fizice, mintale și sociale, neconstînd numai din lipsa unei boli sau infirmități" — care este starea de sănătate. Zonă de mare „sensibilitate și fragilitate", sănătatea mintală a constituit obiectul unor laborioase încercări de definire, fie prin criterii pozitive (capacitate de adaptare la schimbările de mediu, altruism, controlul instinctelor, autonomie, integrare, armonie interioară etc.), fie prin criterii negative (lipsa bolii sau infirmității psihice, lipsa disconfortului, durerii și invalidității etc.). Oricare ar fi însă criteriile folosite, definirea și încadrarea acestei noțiuni este extrem de dificilă, dată fiind tocmai complexitatea sa, „căci viața înseamnă sănătate, fiind o co-definiție a ei" (PAMFIL). Starea de sănătate mintală, ca și sănătatea în general, este mai degrabă accesibilă explicării și descrierii decît definirii, pentru că definirea impune o anumită limitare și schematizare, care pot conduce la denaturări.



Sănătatea mintală este o condiție sine qua non a unei vieți normale, „... ea echivalează viața în formele ei individuale. La nivelul speciei nu are însă sens să vorbim despre sănătate, fiindcă specia înseamnă o abstracție, un esomen. Am putea spune . cota de normalitate din fiecare individ se numește sănătate..." (PAMFIL). Fiecare individ, ca „participant al speciei", se înscrie pe o curbă a existenței ale cărei extremități sînt marcate de momentul fecundației și al morții. Între aceste două momente extreme, individul se află într-un continuu proces de integrare (istorie, socializare, nevoi, descendență etc.), în care diferitele funcții și procese conștiente ale individualității concură la formarea unui ansamblu, a unei structuri, care interacționează cu toate elementele înconjurătoare, aceste interacțiuni multiple tinzînd spre stabilirea unui echilibru dinamic (și nu a unei stări de echilibru), mereu altul în diferitele momente ale existenței. În acest context, sănătatea este un fenomen complex al vieții individului, apărînd „distribuită" în timp, în diferite situații și momente. „Sfîrșitul unei existențe vine atunci cînd cota de sănătate, adică de vitalitate distribuită individual, de viață *împărțită* s-a terminat" — afirmă PAMFIL. Apare astfel evident că sănătatea devine una dintre cele mai prețioase valori ale vieții, ea apărînd și desfășurîndu-se în „dorința noastră de a trăi" (ibid). Se poate accepta opinia aceluiași autor, conform căreia sănătatea reprezintă o garanție a libertății individului, „toată existența noastră, tot ce se întîmplă în psihismul nostru e dominat de caracterul angajării și libertății. O persoană la care s-a dezorganizat, diminuat sau alterat sistemul funcțiilor de libertate, alunecă în afară de marele cerc al existenței, este un suferind, un bolnav, un înstrăinat".

Sănătatea ar reprezenta totalitatea fenomenelor și rezultatelor interacțiunii lor dinamice, care concură la desfășurarea unei existențe normale a individului.



Deși operațional ar fi necesar, nu există un model al sănătății, după cum nu există un model universal valabil al normalității. Un „model" al sănătății mintale apare ca un ideal imposibil de realizat, dată fiind natura specifică și complexă a psihismului, care face din oameni „o familie de ființe care se separă de restul viețuitoarelor", care aparțin „unei ordini a naturii numită specie... și specia fiind un dispozitiv al naturii, o desfășurare fenomenologică a acesteia, cuprinde legi ferme, joacă rol de fond pentru aleatoarea și libera varietate reprezentată de individ" (PAMFIL). După același autor, modelul de sănătate pe care ni-l oferă specia este ceea ce noi numim normalitate, concept rezultat din observația sintetizată a unor fenomene.

Ecosistemul uman în care se manifestă sănătatea și boala nu este nici izolat și nici static. Conținutul conceptului de sănătate mintală este determinat de calitatea raportului personalitate-mediu. În condițiile vieții contemporane, relațiile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizează exclusiv prin mecanisme biologice, ci sînt dependente și de factori socio-culturali, care se adaugă și mijlocesc relațiile dintre om și natură. Deși socialul nu poate fi separat și nici identificat cu naturalul, este caracteristic contemporaneității faptul că dezvoltarea tuturor laturilor vieții sociale a devenit tot mai dependentă de natură, de rezervele ei, de echilibrul ecologic. Relațiile ecologice om-natură-societate trebuie privite în interacțiunea lor, cu evidențierea contradicțiilor ce pot apărea în cadrul interacțiunii între mediul social și cel individual. Există numeroase tentative mai recente (ale ultimelor două decenii) de stabilire a unor criterii caracteristice stării de sănătate mintală: ACKERMAN (1961) consideră drept criteriu esențial „capacitatea de a crește și a învăța"; MASLOW — „capacitatea de autoactualizare"; GOLDENSON — capacitatea de „a face față exigențelor și situațiilor cotidiene, inclusiv propriilor noastre emoții"; PELICIER (1964) — „facultatea de a cunoaște și a acționa cu autonomie" (autori citați de MIRONȚOV în lucrarea „Sănătatea mintală în lumea contemporană").

MEAD, LINTON și HALLOWELL au arătat dependența conceptului de condițiile transculturale. D. LAGACHE, sintetizînd datele expuse de HARTMAN și MURRAY, descrie următoarele caracteristici principale ale stării de sănătate mintală:

- capacitatea de a produce, de a tolera tensiuni suficient de mari și de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ;
- capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la cele ale grupului;
- capacitatea de adaptare a conduitei proprii la diferite tipuri de relații cu ceilalți indivizi;
- capacitatea de identificare atît cu forțele conservatoare, cît și cu cele novatoare ale societății.

Sănătatea mintală apare drept o vastă sinteză, rezultantă complexă a unei mulțimi de parametri ai vieții organice și sociale, aflați în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenței individuale, nealterat funcțional sau morfologic în istoria sa vitală. Manifestarea acestor stări de sănătate ar fi existența unei judecăți și a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existența unei discipline psihologice și sociale a muncii, bazate pe autocontrolul volițional, acordat la normele sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi și al echilibrului introversie-extroversie.

63. SĂRĂCIRE IDEATIVĂ ȘI AFECTIVĂ ●

Sărăcirea ideativă face parte din tulburările cu aspect predominant cantitativ ale gîndirii fără ca aspectul calitativ să poată fi ignorat, și se exprimă prin scăderea productivității ideilor (HEMMING). Tematica și conținutul ideilor sînt tot mai restrînse. Ideile au un sistem de referință din ce în ce mai redus, devenind concentrice, fără mobilitate și flexibilitate, iar conținutul lor tinde să devină pauci- sau monotematic. Lipsa de vigoare, claritate și limpezime, tematica restrînsă pot conduce uneori la impresia unei false inhibiții.

La nivelul limbajului oral, sărăcirea ideativă se manifestă prin reducerea vocabularului, prin folosirea unor cuvinte generice, a unor pseudodescrieri sau chiar prin incoerență.

Suma de variații cantitative ale gîndirii în sensul sărăcirii ideației se întîlnește începînd cu stările de surmenaj, pînă la stări confuzionale, schizofrenie, depresie și sindromul demențial.

Sărăcirea afectivă se manifestă ca și cea de la nivelul gîndirii, în sensul pierderii sentimentelor diferențiate, înalt elaborate, pînă la stadiul de indiferență totală.

Se remarcă o anumită nuanțare în schizofrenie, unde pot fi incluse formele minore și larvate de deficit al lumii sentimentale, cu scăderea rezonanței afective, parcimonia afectelor și sentimentelor, indiferență, pierdere de interes și anhedonie. Dacă bolnavul se plînge spontan de aceste tulburări, unii autori consideră că trebuie să se vorbească de „golire afectivă".

Consecutiv sărăcirii ideo-afective, activitatea se reduce considerabil, de la nivelul structurat profesional pînă la cel de autoîngrijire, cel mai semnificativ exemplu constituindu-l sindromul demențial.

64. **SĂRMĂȘANU-CORTEZ Marilena Luiza** (1947—1980) ● Medic psihiatru român, doctor în științe medicale. A susținut lucrarea de diplomă, cu tema „Considerații asupra psihozelor postpartum și de lactație — studii pe 180 cazuri" (1970).

Din 1975 și-a desfășurat activitatea la Spitalul Dr. Gh. Marinescu, susținîndu-și teza de doctorat: „Contribuții la studiul dezvoltării psihiatriei în România"(1976).

Redactează peste 80 de lucrări științifice privind domeniile expertizei și diagnosticului psihiatric, psihiatria socială, psihiatria culturală.

65. **SCABOFOBIE$^{(F)}$** (cf. lat. *scabies* „riie"; gr. *pohobos* „frică") ● Teamă exagerată, patologică, de riie, boală produsă de parazitul acarian Sarcoctes scabiae. Se manifestă în nevroza obsesivo-fobică, isterie, nevroză anxioasă etc. Se poate încadra, în general, într-o parazitofobie și se poate asocia cu dermatosiofobia, misofobia, ablutomania etc.

66. **SCABROS** (cf. lat. *scabrosus* „grosolan, murdar") ● Comportament verbal sau pantomimic caracterizat prin indecență, lipsă de pudoare, vulgaritate, indiscreție, coprolalie, gestică și mimică cu semnificație vizînd domeniul sexual.

În limbaj comun, semnifică ceea ce provoacă scîrbă și lezează pudoarea și intimitatea persoanei.

Apare manifest sau latent în toată aria psihopatologiei.

67. **SCAFOCEFALIE** (cf. gr. *skaphe* „barcă"; *kephale* „cap") — sin. CYMBOCEPHALIE ● Craniostenoză incompletă, mai frecventă la sexul masculin, caracterizată prin dispariția prematură a suturii sagitale, ceea ce determină o mărire a diametrului antero-posterior al craniului și o micșorare a celui transversal, realizîndu-se aspectul de „cap în formă de vas" sau de „barcă răsturnată". Vertexul este foarte înalt, fruntea este proeminentă, fontanelele sînt sub tensiune sau se bombează; după ce se închid, locul lor este marcat printr-o proeminență osoasă. În unele cazuri se observă un oarecare grad de exoftalmie și de strabism. Edemul papilar, atunci cînd există, este urmat de atrofie optică. Foarte rar, coexistă malformații ale extremităților.

Etiologia scafocefaliei nu este cunoscută încă. Unii autori incriminează factori patogeni ce acționează în perioada embrionară. Cele mai multe cazuri apar sporadic, dar s-au descris și forme familiale.

Scafocefalia apare izolat sau în cadrul unor afecțiuni cum sînt: boala Hurler, gangliozidoza, sindromul Hallerman-Streiff.

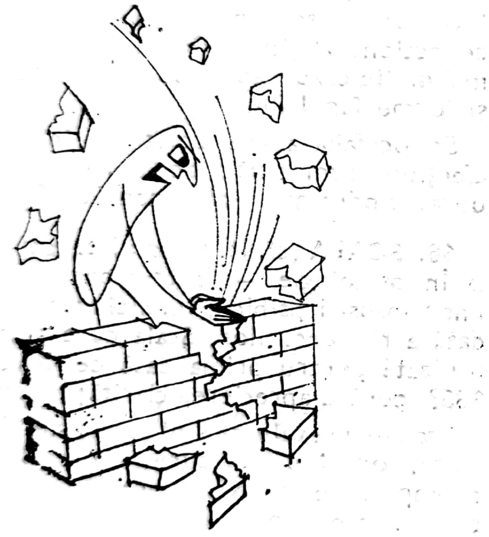
68. **SCALA** (cf. it. *scala*: lat. *scalae* „scară") ● În psihologie — instrument de măsură a unor însușiri psihice, implicînd evaluarea gradată a răspunsurilor. Scala de evaluare a fost utilizată pentru prima dată de GALTON, în 1883, pentru aprecierea clarității unor imagini.

Scalele de evaluare sînt forme simple de apreciere, operînd cu cifre sau calificative (de exemplu, de la excepțional la nesatisfăcător) consemnate pe o dreaptă împărțită în segmente egale. Fiecare segment conține un termen descriptiv, care se referă la intensitatea trăsăturii apreciate. Caracteristicile psihice care urmează să fie măsurate sînt definite succint, dar cu suficientă claritate, astfel încît să fie evitate confuziile sau ambiguitățile.

După modalitatea de prezentare, scalele pot fi numerice, grafice sau combinate. Scalele de evaluare numerice, cele mai utilizate, folosesc un număr variabil de trepte (5, 9, 11), iar gradul în care persoana apreciată posedă o anumită calitate psihică este indicat printr-o cifră. O variantă a scalelor numerice este scala cu alegere forțată. În cazul acesteia, în dreptul fiecărei cifre există o frază scurtă, care descrie trăsătura psihică măsurată, indicîndu-i în acelaşi timp şi intensitatea. Subiectul alege acea frază (din 3—4) care crede că i se potriveşte cel mai bine.

Scalele sînt instrumente de măsură mult utilizate în practica clinică, de cele mai multe ori ca adjuvant al interviului clinic. Una dintre cele mai cunoscute este scala de depresie Hamilton.

69. **SCALĂ DE ATITUDINE**(T) ● Tehnică de măsurare a unei atitudini. Pentru construcţia unei scale de atitudine, este necesară colectarea unui mare număr de afirmaţii pozitive sau negative despre obiectul, persoana sau situaţia studiate, determinîndu-se apoi dacă este vorba într-adevăr de o singură atitudine sau de mai multe. După obţinerea grupului de afirmaţii (itemi), se întocmeşte o metodă de administrare şi cotare, astfel încît subiecţii să fie localizaţi cît mai precis de-a lungul continuumului reprezentat de atitudine. Există mai multe procedee de construcţie a unei scale de atitudine. Unul dintre cele mai răspîndite este cel elaborat de THURSTONE (1929). Pentru a construi o scală după acest procedeu, se adună cîteva sute de afirmaţii despre obiectul sau persoana studiate. Fiecare dintre aceste afirmaţii este notată separat pe un cartonaş. Cartonaşele sînt împărţite unui mare număr de persoane, cărora li se cere să evalueze intensitatea fiecărei afirmaţii, pe o scară cu 11 trepte. Următorul pas este calculul indicelui de variabilitate a fiecărui item. Indicele ne arată gradul în care persoanele care evaluează itemii sînt de acord asupra intensităţii acestora. Dacă, de exemplu, majoritatea evaluatorilor plasează o afirmaţie pe treapta a opta, înseamnă că există un bun acord în privinţa intensităţii acelui item. Ca măsură a variabilităţii este folosită, de obicei, deviaţia standard. Pentru scală sînt reţinuţi acei itemi pentru care variabilitatea între evaluatori este mică. Se calculează apoi valoarea mediană pentru itemii rămaşi, ca indicatori ai intensităţii acestora. Scala finală constă din aproximativ 20 de itemi care acoperă bine întreg rangul de intensitate.



Un alt procedeu de construcţie este cel al lui LIKERT (1932). Acesta se bazează pe tehnicile de analiză a itemilor. Grupul de itemi colectaţi se administrează unui mare număr de subiecţi. Fiecare item este evaluat pe o scară cu cinci trepte, după care este corelat cu scorul total. Sînt reţinuţi pentru scala finală numai acei itemi care au o corelaţie ridicată cu scorul total.

Ca tehnici de construcţie a unor scale de atitudini mai menţionăm analiza factorială, care permite identificarea mai multor scale în acelaşi grup de itemi, tehnica lui GUTTMAN şi BOGARDUS.

70. **SCALĂ METRICĂ DE INTELIGENŢĂ**(T) — sin. BINET-SIMON(T) test $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BINET(T) test.

71. **SCALĂ NEM**(T) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ZAZZO-GILLY-RAY(T) test.

72. **SCALĂ DE EVALUARE PSIHOPATOLOGICĂ COMPREHENSIVĂ**(T) (COMPREHENSIVE PSYCHOPATHOLOGICAL RATING SCALE — CPRS) ● Scală de evaluare complexă a simptomatologiei psihiatrice, care se presupune că ar putea fi modificată de tratamente. A fost concepută de M. ASBERGER ; S. A. MONTGOMERY, G. PERRIS, D. SCHALLING şi G. SEDVALL.

Ideea elaborării unor scale cu sensibilitate ridicată i-a preocupat încă din deceniul al VI-lea pe psihiatrii scandinavi, fără ca dintre numeroasele modele propuse să poată fi selectat unul care să poată înregistra schimbările din grupe variate de sindroame psihice.

CPRS a fost concepută astfel încît să poată evalua o gamă foarte largă de simptome, din care au fost excluse cele care ţin de aspecte transculturale. Au fost de asemenea evitate variabilele care de obicei se măsoară (Q.I., variabile fiziologice). Pentru a se evita ambiguităţile, cei 67 de itemi care constituie scala sînt definiţi, iar cele patru nivele de cotare sînt descrise. Scala poate fi aplicată în totalitate sau pe subgrupe de itemi, conform simptomatologiei urmărite. Frecvenţa evaluărilor poate fi zilnică, săptămînală, lunară sau la intervale mai mari de timp. Scala cuprinde itemi relataţi de bolnav pe care evaluatorul îi cotează şi itemi pe care îi observă direct.

TABEL CXXXII

Lista itemilor scalei psihopatologice comprehensive

Relatați (1)	*Evaluați (2)*
Tristețe	Tristețe aparentă
Exaltare	Dispoziție euforică
Tensiune interioară	Ostilitate
Sentimente ostile	Labilitate emoțională
Scăderea rezonanței afective	Inadecvare emoțională
Gînduri pesimiste	Semne vegetative
Gînduri suicidare	Somnolență
Hipocondrie	Distractibilitate
Îngrijorare pentru probleme minore	Izolare
Compulsii	Perplexitate
Fobii	Blocajul vorbirii
Ritualuri	Dezorientare
Indecizie	Tahilalie
Oboseală	Bradilalie
Fatigabilitate	Dificultăți de pronunție
Dificultăți de concentrare	Fugă de idei
Scăderea memoriei	Vorbire incoerentă
Reducerea apetitului	Perseverare
Hiposomnie	Hiperactivitate
Hipersomnie	Bradikinezie
Interes sexual redus	Agitație
Interes sexual crescut	Mișcări voluntare
Perturbări vegetative	Încordare musculară
Dureri și alte senzații neplăcute	Manierisme și atitudini
Tensiune musculară	Comportament halucinator
Pierderi senzoriale sau motorii	
Derealizare	
Depersonalizare	
Sentimentul de a fi controlat din exterior	
Barajul sau furtul gîndirii	
Idei de persecuție	
Idei de grandoare	
Dispoziție delirantă	
Experiențe extazice	
Gelozie morbidă	
Alte deliruri	
Voci comentative	
Alte halucinații auditive	
Halucinații vizuale	
Alte halucinații	

73. **SCALEN$^{(S)}$ sindrom** — sin. ADSON-COFFEY$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAFFZIGER$^{(S)}$ sindrom.

74. **SCANNOGRAFIE** — sin. TOMOGRAFIE AXIALĂ TRANSVERSALĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TOMODENSIOMETRIE.

75. **SCATOFAGIE** (cf. gr. *skatos* — genitiv pt. *skor* „excrement" ; *phagein* „a mînca") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPROFAGIE.

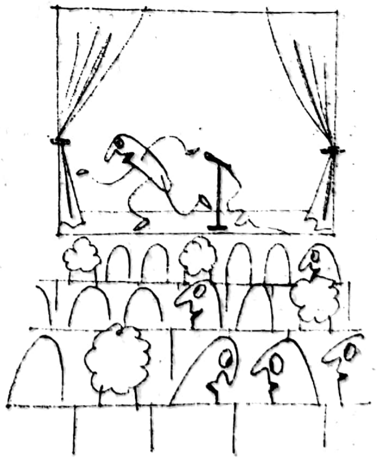
76. **SCATOFILIE** (cf. gr. *skor* ; *philein* „a iubi") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPROFILIE.

77. **SCATOFOBIE$^{(F)}$** (cf. gr. *skor* ; *phobos* „frică") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPROFOBIE$^{(F)}$.

78. **SCENĂ** (cf. fr. *scène* ; vezi gr. *skene* „adăpost, construcție unde se juca teatru") ● Semnificația pe care o acordă FREUD termenului este cea din teatru : reprezentație, acțiune oferită ca spectacol, influențînd afectiv subiectul care asistă ca spectator, fie că este vorba de conversie isterică, fie de scena originară sau de punerea în scenă a visului etc.

79. **SCENĂ (DE) CONVERSIE** ● Eveniment fixat în sfera inconștientului, ca reprezentare dramatică, legat de amintiri familiale și oferind explicația tulburărilor de natură conversivă, care sînt transpuneri simbolice ale evenimentelor reale sau fantasmatice, modalitatea de întoarcere a materialului refulat, supus secundar mecanismului de conversie.

80. **SCENĂ$^{(F)}$ fobie de** ● Fobie „profesională" care apare la o categorie particulară de pacienți : actorii. Aceștia sînt uneori cuprinși de o anxietate extremă, complet nemotivată, de a apărea în fața publicului. Dacă totuși fac acest lucru, își uită replicile sau se încurcă în mod nejustificat.



Unii autori consideră această manifestare ca un tip de „isterie anxioasă" şi îi caută explicaţii în cadrul teoriei psihanalitice (nevoia de respingere a tendinţelor exhibiţioniste, dublată de teama de „scoptofilia" celorlalţi).

Aceste explicaţii sînt sofisticate şi nu par să aibă decît o minimă legătură cu această rară fobie.

81. **SCENĂ ORIGINARĂ** ● sin. PROTOSCENĂ; SCENĂ PRIMITIVĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SCENĂ PRIMALĂ.

82. **SCENĂ PRIMALĂ** ● Imaginea raportului sexual, aşa cum a fost el surprins de copil sau numai suspectat de acesta. Reprezentarea fantasmatică este mai frecventă şi face parte dintre fantasmele originare descrise de FREUD. Raportul dintre componenta reală şi cea fantasmatică din scena originară a suscitat numeroase discuţii între psihanalişti. FREUD susţine că originile sale pot fi chiar de ordin mitic, aparţinînd trecutului filogenetic. Copilul interpretează semnificaţia acestei scene în funcţie de felul în care îşi reprezintă corpul părinţilor şi relaţia dintre ei, dar cel mai frecvent vede în ea un act de agresiune al tatălui împotriva mamei. Aceasta induce o stare de excitaţie sexuală care este reprimată, dar constituie, în acelaşi timp, o bază a angoasei de castrare. Observarea reală a coitului parental poate surveni în condiţiile convieţuirii într-un spaţiu restrîns a membrilor familiei (copii care locuiesc şi dorm în aceeaşi cameră cu părinţii) şi este o experienţă psihotraumatizantă precoce, cu rol în geneza nevrozei.

În teoria primală asupra constituirii nevrozei (A. JANOV), se referă la un traumatism major într-o perioadă a copilăriei, traumatism alcătuit dintr-o serie de răni, de rejectări şi refulări. Rezultatul acestui traumatism (experienţă a copilului în cuplul parental, eveniment parţial ce nu a fost trăit în totalitate, deci nu a fost rezolvat) este nevroza ; scena primală majoră atrage şi concentrează în ea alte traumatisme de pe parcursul existenţei individului şi provoacă un clivaj în structura Eului, de aici rezultînd un Eu real şi un Eu ideal, ultimul fiind însăşi expresia nevrozei. Eul real corespunde fiinţei reale ; cînd acesta nu este acceptat de părinţi (fie această neacceptare manifestă sau latentă), individul alege o altă cale de satisfacere a trebuinţelor, o cale falsă, dar care face ca el să fie acceptat de persoanele care îl rejectează, în ultimă instanţă de părinţi ; această cale duce la mistificarea parţială a Eului şi generează un Eu ideal. JANOV consideră că individul sănătos şi integrat dispune doar de un Eu real, Eu care nu manifestă nici un fel de defensă. Afirmaţia este nefondată obiectiv, întrucît sănătatea psihică sau somatică nu presupune absenţa defenselor, ci funcţionarea lor în concordanţă cu realitatea, cu pericolul real, deci o funcţionare eficientă şi neexagerată.

83. **SCENOTERAPIE** (vezi *scenă* ; gr. *therapeia* „îngrijire") ● Formulă de psihoterapie practicată individual sau în grup (cel mai frecvent), care utilizează mijloace de expresivitate scenică, jocul liber sau cu teme şi mijloace mimico-pantomimice şi expresiv-verbale ale pacienţilor. Efectele catharctice ale acţiunii dramatice asupra spectatorului, cunoscute încă din antichitate (ARISTOTEL) şi precizate de faimoasele „experienţe" ale marchizului de SADE (teatro-terapia), au stat la baza diverselor formule de socioterapie prin mijloace teatrale, scenice. Tehnica participării pacienţilor la reprezentarea unor piese de teatru (după creaţii literare) s-a dovedit mai puţin eficace decît metoda „expresiei scenice", propusă de E. DARS. Acest terapeut pretinde din partea pacienţilor citirea cu voce tare (recitarea) de texte literare cu valoare sugestiv-simbolică, adaptată particularităţilor psihologice şi latent-expresive ale acestora.

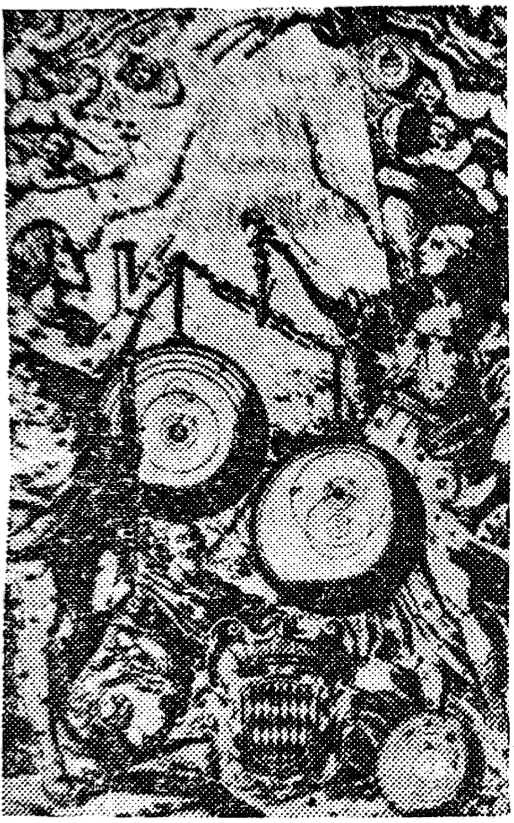
Aspectele ortofonic şi expresiv-verbal acţionează în direcţia diminuării tensiunilor şi anxietăţii şi a corectării tulburărilor de limbaj, în cazul nevrozelor anxioase, depresive, al adolescenţilor timizi, inhibaţi sau fobici, al logonevrozelor. Practicarea în grup a scenoterapiei facilitează sau ameliorează contactul interpersonal (în cazul stîngăciilor sau comportamentelor relaţionale inadecvate), prin stimularea proiecţiei între membrii grupului.

Psihodrama creată de MORENO (1921) reprezintă forma cea mai bine conturată de scenoterapie, prin utilizarea jocului dramatic intern (după o temă aleasă în prealabil de grup, de comun acord cu conducătorul de joc) şi a spontaneităţii indivizilor cuprinşi în grup.

Psihodrama analitică a lui LEIBOVICI şi DIATKINE, prin care grupul tratează un pacient pornind de la transpunerea scenică a primei idei (tematice) venite din partea pacientului tratat, completează arsenalul modalităţilor socio-terapice de factură expresivă. Unii autori au tendinţa să extindă sfera scenoterapiilor prin includerea „procedeelor asertive" („therapy assertive") şi a biblioterapiei → PSIHODRAMĂ, SOCIODRAMĂ, TEATROTERAPIE.

84. **SCEPTICISM** (cf. fr. *scepticisme* ; vezi gr. *skeptikos* „care observă") ● Doctrină gnoseologică antidogmatică, reiterată în perioadele de criză spirituală, care, faţă de diversitatea contradictorie a opiniilor, adoptă o poziţie de neutralitate circumspectă, punînd la îndoială posibilitatea omului de a cunoaşte adevărul cu certitudine. Scepticismul antichităţii tîrzii

(PYRRHON, CARNEADE, AENESIDEMOS, SEXTUS EMPIRICUS) reprezintă o primă critică radicală a teoriilor (opiniilor) privind posibilitatea cunoașterii, afirmînd că nici simțurile, nici rațiunea nu sînt infailibile ; orice problemă poate primi soluții antinomice, nefiind posibilă despărțirea certă a adevărului de fals, întrucît orice interpretare se înfățișează conștiinței cu un anumit grad de verosimilitate. Soluția preconizată este suspendarea judecății (epohé), spre a stinge frămîntarea lăuntrică a sufletului însetat de adevăr, dar nesigur de posesia lui fermă, în starea de toleranță indiferentă și netulburată seninătate a ataraxiei.



Scepticismul modern (MONTAIGNE, CHARRON, BAYLE) s-a constituit ca formă deghizată pentru a pune la îndoială dogmele creștine, dogmatismul scolastic și intoleranța religioasă, legitimînd pluralitatea punctelor de vedere asupra lumii. Prin HUME — prelungit în filozofia contemporană de variantele școlii pozitiviste — scepticismul își concentrează critica împotriva speculațiilor metafizice, preconizînd certitudinea senzorială ca formă verificabilă de cunoaștere. În limbajul curent, scepticismul denotă circumspecție, refuzul de a împărtăși necritic opiniile general acceptate, cîntărirea imparțială a argumentelor pro și contra.

85. **SCERBAK Alexandru** (1863—1934) ● Psihiatru rus. Medic cu o activitate prodigioasă, care a cuprins nu numai psihiatria, ci și neurologia și fizioterapia (este creatorul școlii de fizioterapie din Rusia). Între 1894 și 1910, este profesor la catedra de neuropsihiatrie din Varșovia. Din 1911, lucrează la Sevastopol, unde, în 1914, creează Institutul de Terapie cu Agenți Fizici. În domeniul neuropsihiatriei, se preocupă de sindromologie, clasificarea bolilor psihice, mimica isteriei, patologia fibrei musculare și sistemului nervos vegetativ etc. Lucrări mai importante : „Clinica bolilor nervoase și psihice" (1901), „Importanța sistemului nervos vegetativ în fizioterapie" (1936), „Bazele clinice ale fizioterapiei" (1936).

86. **SCH — vector pulsional** ● Termen în teoria lui SZONDI („Analiza destinului") care se referă la patru pulsiuni sau vectori pulsionali :

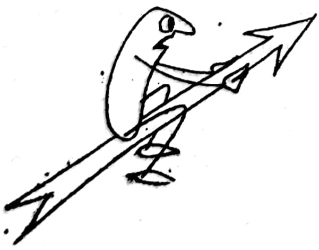
- vectorul S sau pulsiunea sexuală ;
- vectorul P sau pulsiunea paroxismului ;
- vectorul Sch sau pulsiunea Eului ;
- vectorul C sau pulsiunea contactului.

Vectorul Sch, alcătuit din doi factori pulsionali (**k** : catatonie și **p** : paranoidie) corespunde grupei ereditare a psihozelor schizoforme (k = schizofrenie catatonică, p = schizofrenie paranoidă). În planul psihologiei profunde, vectorul Sch reprezintă pulsiunea Eului, iar cei doi factori reprezintă două modalități funcționale specifice Eului (factorul **k** semnifică egosistola, corespunzătoare trebuinței de coartare a Eului și factorul **p** semnifică egodiastola, corespunzătoare trebuinței de dilatare a Eului). Acești factori pulsionali generează, în manifestarea lor, patru tendințe :

- Tendința k + este tendința la incorporare, la formare a Idealului obiectual de posesiune (introiecția). Clasa pulsională **Sch k+** este clasa narcisicilor, cu următoarele trăsături dominante : meticulozitate excesivă, formalism rigid, răceală a sentimentelor, susceptibilitate accentuată, incapacitate empatică, alegere narcisică a obiectului, tendință la a raporta totul la propria persoană, narcisism, egocentrism, încăpățînare ; sînt persoane care acționează predominant în favoarea obiectului și nu în favoarea lor. Socializarea și sublimarea tendinței **k+** generează următoarele categorii profesionale : logicieni formali, profesori, esteți formaliști, psihiatri și psihologi adversari ai psihologiei profunde, educatori severi, soldați, polițiști, lideri autoritari de partide.
- Tendința k— este tendința la inhibiție, refulare, negare, devalorizare (negația). Clasa psihopulsională **Sch k—** este clasa

visătorilor (reveria) și a depersonalizaților și se caracterizează printr-o accentuată predispoziție la depersonalizare pînă acolo încît subiectul se simte străin lui însuși, atît în ceea ce privește corporalitatea, cît și în ceea ce privește activitatea sa. Prezintă potențial patologic pentru: hipocondrie, isterie de conversie, stări de angoasă paranoidă, suicid isteriform.

- Tendința **p** + este tendința la formare a Idealului Eului, la conștientizare, la a se lăsa „posedat de elemente contrare" (inflația). Clasa psihopulsională **Sch p** + este clasa paricidului și a „geniilor ratate". Sînt subiecți talentați, foarte dotați, dar care nu reușesc să-și realizeze talentul datorită legăturii incestuoase cu partenerul de același sex (băieții se simt persecutați de tată, fetele de mamă; între persoană și părintele de același sex se creează o uniune dualistă de tip sado-masochist în care persoana joacă, inconștient, rolul celui ce săvîrșește paricidul). Au predispoziții morbide pentru: paranoia pe teren epileptic, piromanie, crize de furie epileptiforme, crime pasionale, delicte sexuale epileptiforme. Sînt sadici anali sau homosexuali activi.
- Tendința **p**— este tendința de a expulza în exterior dorințe și conținuturi inconștiente (proiecția). Clasa psihopulsională **Sch p**— este clasa paranoizilor latenți. Mecanismele de apărare folosite pentru evitarea sau anihilarea pericolului pulsional sînt mecanisme de constrîngere și mecanisme de tip isteric. În cazul în care elementul paranoid este menținut în stare de latență, subiectul folosește mecanisme de tip obsesional (**k**±).



Există 16 variante teoretice de profile ale Eului, care au și o corespondență în dezvoltarea individului. Aceste profile se împart în șase clase, după criteriul stadiilor de dezvoltare:

- A: clasa reacțiilor infantile sau de involuție;
- B: clasa reacțiilor pubertare;
- C: — clasa reacțiilor medii sau cu cea mai mare frecvență statistică;
  — clasa reacțiilor periculoase pentru comunitate;
- D: clasa pericolului Eului și, simultan, a umanizării extreme;
- E: clasa identificării, a socializării sau a sublimării;
- F: clasa integrării și dezintegrării Eului.
  - Clasa profilelor de tip A conține:
- profilul A_1 (k zero, p negativ), Eul contemplativ, mitic, mistic, stadiul adualismului, inconștientul arhaic, proiecția; este frecvent la involuție, în stările senile, regresive; apare la persoane cu profesiuni necalificate; în profesii intelectuale apare la specialiștii în psihologia copilului; în patologie apare la antisociali (criminali) și în toate maladiile care implică stări crepusculare sau regresii puternice;
- profilul A_2 (**k** pozitiv, **p** negativ), Eul autistic, cosmodualism, introproiecție, opoziție, stări de extaz, sentimentul dizolvării limitelor corporale, ubicuitate; apare la copii, în jurul vîrstei de 3—4 ani, în profesiile intelectuale la persoane cu reacții **h** sau **s** negative; acest profil semnifică aspirații la umanizare; în patologie apare la melancolici, schizofreni, debili mintal, aproape niciodată la isterici și homosexuali.
  - Clasa profilelor de tip B conține:
- profilul B_1 (k negativ, **p** zero), Eul care refulează, incapacitate de identificare activă; este frecvent la prepubertate (9—12 ani); apare în profesii în care trebuința de agresivitate și de violență este parțial socializată (stomatologi, învățători, anumiți terapeuți); în patologie apare la antisociali, în nevroza obsesională, în nevrozele cu implicație orală și de constrîngere, în isteria de conversie, la catatonici, la epileptici;
- profilul B_2 (**k** negativ, **p** pozitiv), Eul inhibat, anti-inflativ, negare a inflației; este frecvent la prepubertate și adolescență, în profesii inferioare și în unele profesii intelectuale; în patologie, acest profil semnifică: inhibiție, schizoidie, constrîngere la persoane cu idei de suicid, idei delirante cu conținut mistic, religios.
  - Clasa profilelor de tip C conține:
- profilul C (**k** negativ, **p** negativ), Eul de dresaj, aderență la real sub constrîngerea forțelor exterioare, negație a proiecției; apare frecvent în populația medie; foarte frecvent la persoane care depun muncă fizică sau îndeplinesc profesii inferioare; foarte rar la intelectuali; în

patologie : frecvent la antisociali, la maniacali, în paralizia generală progresivă, în toate categoriile de reacții antisociale cu componentă destructivă majoră.

● Clasa profilelor de tip D conține :

- profilul D (**k** pozitiv, **p** pozitiv), Eul în flux, hipertrofiat, tensionat, care tinde să conștientizeze tot („tout être, tout avoir"), dificultate de decizie, introinflație ; este frecvent între 20—30 de ani ; reprezintă o sublimare împinsă la extrem, fiind foarte frecvent la intelectuali ; în patologie : idei delirante de grandoare, cu puternică componentă mistică, religioasă ; niciodată la debili mintal, în paralizia generală progresivă, la asasini, la dementi.

● Clasa profilelor de tip E conține :

- profilul Ek_1 (**k** pozitiv, **p** zero), Eul „profesional", narcisic, egoist, egocentric, „reproductiv" ; introiecție ; apare la 19—20 de ani (vîrsta alegerii profesionale); foarte frecvent la psihiatri, psihologi, psihanaliști, la scriitori, filozofi ; în patologie este foarte rar, în psihozele delirante cu conținut mistic ;
- profilul Ek_2 (**k** ambivalent, **p** zero), Eul obsesional, masculin, detașat ; introiecție și refulare ; apare la prepubertate și pubertate (detașarea de părinți), la profesori și la psihologi ; în patologie : la obsesionali, în isteria de angoasă ; este profilul partenerului activ de uniune dualistă ;
- profilul $Ek_3 = B_2D$ (**k** ambivalent, **p** pozitiv), Eul care își formează un Ideal de Eu masculin, Eul dotat, eficient dar anxios ; inflație cu mecanisme de constrîngere ; profil rar, apare spre 17—18 ani, în perioada alegerii profesiunii ; frecvent la intelectuali ; în patologie apare foarte rar, în nevroza de angoasă, la persoane cu tendințe suicidare ;
- profilul $Ek_4 = A_2C$ (**k** ambivalent, **p** negativ), Eul care luptă pentru eliberare, proiecția este frînată prin mecanisme de constrîngere ; apare la vîrsta de 5—7 ani (amplificarea activităților ludice) si spre 60—80 ani ; este frecvent în profesiile inferioare, servile ; în patologie : în afecțiunile cu componentă paroxismală, în epilepsie, la subiecți cu balbism, la melancolici ;
- profilul Ep_1 (**k** zero, **p** pozitiv), Eul „posedat", inflație psihică, ambitendință ; apare între 20—30 de ani ; apare la intelectuali, la reformatori sociali, la medici, la psihologi (acest profil implică expansiunea subiectului în obiectul alegerii, identificarea cu o idee) ; în patologie este un profil foarte rar, apare la maniacali cu idei megalomane, în paranoia cu idei delirante mistice, religioase ;
- profilul Ep_2 (**k** zero, **p** ambivalent), Eul abandonat, pasiv, feminin ; proiecție și inflație, simultan ; apare în jurul vîrstei de trei ani, reprezintă partenerul pasiv de uniune duală ; în patologie apare la schizofreni paranoizi, la homosexuali ;
- profilul $Ep_3 = A_2D$ (**k** pozitiv, **p** ambivalent), Eul care a fost abandonat de Obiect și introiectează Obiectul, Eul care acceptă feminitatea ; apare, ca profil de tranziție, la copii (3—4 ani) ; în patologie este extrem de rar, apare uneori în psihoze cu delir mistic, în nevroza de angoasă, în homosexualitate ;
- profilul $Ep_4 = B_2C$ (**k** negativ, **p** ambivalent), Eul în faza depersonalizării, Eul gelos care întoarce agresivitatea spre sine, negare a proiecției și inflației ; apare în copilărie, în perioada în care copilul este supus unor forțe de constrîngere (adaptare la exterior, renunțare la uniunea duală) ; apare la indivizii care execută munci necalificate ; în patologie : la antisociali, la perverși sexuali, la persoane cu predispoziții suicidare puternice, în depersonalizare, hipocondrie, balbism, isterie de conversie, homosexualitate.

● Clasa profilelor de tip F conține :

- profilul F_1 (**k** ambivalent, **p** ambivalent), Eul care încearcă să integreze antagonismele pulsionale perturbatoare ; presentimentul catastrofelor ; conștiința sub tensiune permanentă ; frecvent la pubertate, spre vîrsta de 20 de ani ; relativ frecvent spre senilitate ; apare cu frecvență crescută la intelectuali, la psihologi ; în patologie : nevroza de angoasă (fobie) ; mai rar la dizarmonicii de tip antisocial (criminalii pasionali) ;
- profilul F_2 (**k** zero, **p** zero), Eul dezintegrat, transformare, schimbare a Eului, pierdere a Eului ; profilul apare între 17—20 de ani (alegerea profesiunii) sau între 60—70 de ani (Eul „senil") ; apare în profesiunile inferioare ; în profesiunile intelectuale apare la actori și la cei a căror muncă presupune creație ; în patologie : la dizarmonicii impulsivi, antisociali (vagabonzi, dromomani), epileptoizi, în echivalențe ale epilepsiei, în stări crepusculare, uneori în schizofrenie și în nevroza obsesională.

TABEL CXXXIII

Variantele teoretice ale profilelor eului

	k	p	
I	0	0	F_2
II	0	+	Ep_1
III	0	—	A_1
IV	0	±	Ep_2
V	+	0	Ek_1
VI	+	+	D
VII	+	—	A_2
VIII	+	±	Ep_3
IX	—	0	B_1
X	—	+	B_2
XI	—	—	C
XII	—	±	Ep_4
XIII	±	0	Ek_2
XIV	±	+	Ek_3
XV	±	—	Ek_4
XVI	±	±	F_1

87. **SCHAEFFER^{s} semn** ● Manevră prin care se evidențiază reflexul de flexie dorsală a halucelui, la ciupirea sau comprimarea tendonului lui Ahile, avînd semnificație patologică (alături de alte cîteva reflexe: Babinski, Oppenheim, Gordon, Hoffmann) în leziunile tractului piramidal, care elimină efectul inhibitor exercitat de etajul cortical asupra neuronului motor periferic → NEURON MOTOR PERIFERIC$^{(S)}$ sindrom.

88. **SCHAFFER^{s} simptom** → TAY-SACHS$^{(B)}$ boală.

89. **SCHELLONG$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom caracterizat prin prezența unor tulburări cardiace pur funcționale, care pigmentează și „conferă gravitate“ unui tablou psihopatologic nevrotic. Evoluția este favorabilă, remisia obținîndu-se prin medicație de tip sedativ; este rezistent la psihoterapie.

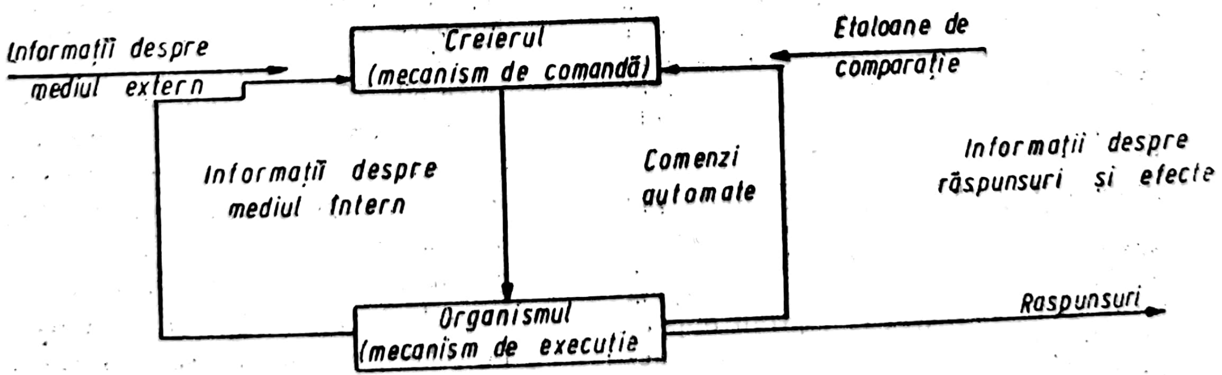
90. **SCHEMĂ** (cf. gr. *skhêma* „formă“) ● Plan sau proiect al unui ansamblu, oferind posibilitatea de a-l percepe esențializat în caracteristicile sale principale. Schema este o reprezentare psihologică intermediară între reprezentarea concretă sau descrierea morfologică amănunțită și conceptul abstract, notația sintetică a conținuturilor.

LORENZ folosește termenul în psihologia animală cu sensul de ansamblu al caracteristicilor unui obiect eficace în determinismul reacțiilor instinctive. Pentru PIAGET, termenul are semnificația de parte a unei acțiuni care este transpozabilă în aceleași situații sau generalizabilă în situații analoage.

Schema-bloc este o reprezentare specifică a legăturilor funcționale, marcate prin săgeți, și a componentelor ansamblului, marcate prin figuri geometrice standardizate (dreptunghiuri sau cercuri).

91. **SCHEMĂ BIO-PSIHO-SOCIALĂ** ● Rezultanta interferențelor la nivelul individului între factorii biologici, psihici și sociali. Noțiunea condensează vectorii structurali, istorici, culturali etc. (→ BIOSOCIAL ; NORMAL-NORMALITATE).

92. **SCHEMĂ CORPORALĂ** (cf. gr. *skhêma*; lat. *corpus* „corp“) ● Imagine totală sau segmentară, statică sau dinamică pe care individul și-o face despre propriul corp în raport cu diferitele segmente constitutive, precum și cu spațiul și obiectele înconjurătoare (POROT, SUTTER). Pentru FREDERICKS (1969), normalitatea schemei corporale este reprezentată de percepția spațială a propriului corp, delimitată plastic, conștient, schematic și structural, construită din date senzoriale premergătoare și curente, obișnuite, îndeosebi somestezice.


Informații despre mediul extern
Creierul (mecanism de comandă)
Etaloane de comparație
Informații despre mediul intern
Comenzi automate
Informații despre răspunsuri și efecte
Raspunsuri
Organismul (mecanism de execuție

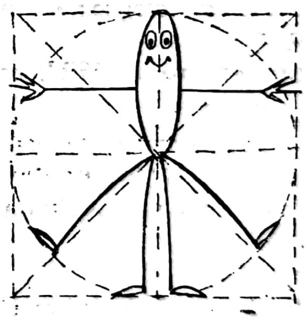
Schema-bloc

Sintetizînd cercetările lui PICK şi HEAD, SCHILDER (1935) concepe schema corporală ca rezultat al unui dublu proces, psihologic şi fiziologic, prin care integrarea la nivel parietal a aferenţelor senzoriale (vizuale, tactile, kinestezice, labirintice), cu participarea circuitelor mnezice şi a celor reverberante ale interacţiunii permanente cu mediul, conduce la realizarea conştiinţei elementare (subliminale) care permite orientarea propriului corp în spaţiu.

Sinonime ale termenului sînt : imagine corporală (LHERMITTE), concept corporal, somatognozie, conştiinţa corpului, percepţia corporală etc.

Fiind mai mult decît totalitatea impulsurilor senzoriale, şi anume însăşi unitatea corporală proprie, rezultată din imaginea spaţială tridimensională pe care individul o are despre sine (KREINDLER, 1977), schema corporală este o reprezentare în bună parte neconştientă a propriului corp, a stării de cenestezie, a poziţiei şi posturii corpului şi a diferitelor sale segmente în spaţiu, a suprafeţei cutanate care se raportează direct la spaţiul înconjurător, fiind un proces psihofiziologic prin care sinteza senzorială este permanent şi dinamic desfăcută şi refăcută (AJURIAGUERRA, HECAEN, 1952). Distingîndu-i-se un aspect neurofiziologic (senzitivo-senzorial) şi unul psihologic (simţul corporalităţii şi noţiunea de extindere corporală) (CONRAD, 1933), somatognozia realizează în final o modulare complexă psihologică a stării de conştiinţă şi chiar a existenţei proprii (autoestimarea Eului fizic — CIOFU, M. GOLU, C. VOICU, 1978), lipsită însă de precizie şi claritate în conştiinţa individului, vagă, neomogenă, inconstantă şi oarecum periferică, la marginea conştiinţei acestuia (KREINDLER). Schema corporală normală este astfel extinsă dincolo de limitele spaţiului fizic al corpului, desfăşurîndu-se din punct de vedere spaţial în cadrul delimitat de o „zonă de siguranţă", probabil de ordinul cîtorva centimetri, aflată în jurul corpului nostru (VASILESCU, BOTEZ, 1951).

Schema corporală se construieşte în ontogeneza individului concomitent cu elaborarea universului real, prin organizarea „categoriilor reale" ale inteligenţei senzori-motorii (PIAGET) ; în primele luni de existenţă, atît spaţiul, cît şi propriul corp sînt percepute haotic, fragmentar, nediferenţiat. Primele experienţe ale corporalităţii au loc prin intermediul senzaţiilor şi percepţiilor vizuale, prin care se construieşte progresiv o primă distincţie între membrele copilului şi spaţiul înconjurător, populat de obiecte şi fiinţe familiare. Stadiul oglinzii (LACAN), pe care copilul îl atinge la vîrsta de şase luni, marchează interesul acestuia pentru propria sa imagine corporală reflectată într-o oglindă. La patru ani, copilul identifică la solicitare verbală părţile corpului, feţei, segmentele principale ale extremităţilor (PÖECK, ORGASS, 1964). În jurul vîrstei de cinci ani, are loc diferenţierea simetrică a părţii stîngi şi drepte a corpului (după BENTON, aceasta ar fi deplină abia la 11—12 ani) şi în jurul vîrstei de 9—10 ani — perceperea diferenţiată a degetelor de la mînă. Sinteză refăcută în fiecare moment al existenţei, în funcţie de succesiunea şi caracterul diferitelor acţiuni întreprinse, somatognozia nu poate fi considerată o funcţie în sine şi nici doar „sentiment al Eului" ca „experienţă vitală" (GUIRAUD), ci sinteză plastică modulată mnestic (KREINDLER), ce realizează, organizează şi reglează schemele logice ale praxiei corporale. S-a constatat în cadrul complexelor determinări senzitivo-senzoriale cu integrare preponderentă în parietala ascendentă, că variaţiile posturale şi traiectoriile mişcărilor sînt prezente cu mai mare acuitate prin intermediul analizatorului proprioceptiv şi kinestezic, care realizează astfel o fină adaptare instrumentală, necesară sintezei continue a schemei corporale. HEBB (1949) a demonstrat existenţa unor echivalenţe motorii prin intermediul cărora orice mişcare poate fi realizată în diferite situaţii posturale, iar LURIA (1962) vorbeşte de o adevărată „melodie kinetică" ce asigură continuitatea serială a mişcărilor voluntare şi automatizate.



Existenţa tulburărilor de schemă corporală nu rezultă uneori decît din relatările bolnavului (ca în cazul anozognoziei pentru hemiplegie). Se vor investiga tulburările de sensibilitate ale membrului interesat prin comparaţie cu membrul opus, orientarea corpului, discriminarea stînga-dreapta, gnozia digitală, identificarea prin numire a segmentelor corporale proprii sau ale examinatorului, reţinîndu-se concomitent eventuala coexistenţă a unor fenomene afazice şi/sau apraxice. Se vor investiga, de asemenea, elementele unei figuri omeneşti la cerere şi recompunerea unei imagini a corpului omenesc din fragmente izolate (KREINDLER).

● *Tulburări ale somatognoziei în leziunile emisferului minor.* Anozognozia (ANTON — 1889, BABINSKI — 1914) constă în negarea deficitului hemiplegic. Anozodiaforia constă în indiferenţa faţă de acest deficit şi, alături de anozognozie, constituie sindromul hemiasomatognozic. Coexistă, alături de anozognozie, tulburări ale comportamentului verbal, confuzie, confabulaţii referitoare la debutul bolii. Unii bolnavi susţin că membrele afectate aparţin altei persoane şi că au fost introduse în patul lor; alţii exprimă sentimente de ură faţă de membrul bolnav (anizoplegie) sau îl personifică (somatoparafrenie) dîndu-i un nume şi stînd de vorbă cu acesta. Regresiunea tulburărilor ar urma trei etape (BULANDRA, 1967):

- anozognozia în faza acută a ictusului;
- hemidisgnozia (deficit recunoscut de bolnav, cu persistenţa unor alterări minore de schemă corporală la membrul afectat, ca absenţa lui, senzaţie de apartenenţă străină, membru fantomă) în cursul ameliorării;
- hemiparaschematia (persistenţa atenuată a tulburărilor enumerate, însoţite însă de autocritică).

Leziunea care determină tulburările de somatognozie ale emisferului minor se află de obicei în girusul supramarginal şi angular (ariile 39, 40).

● *Tulburări ale somatognoziei în leziunile emisferului major.*

● Sindromul Gerstmann (1927) constă din:

- agnozie digitală;
- tulburare de orientare dreapta-stînga (valabilă şi pentru corpul examinatorului);
- agrafie (care poate fi atribuită unei tulburări praxice);
- acalculie.

Se întîlneşte deosebit de rar ca atare, însoţindu-se de obicei de afazie uşoară, de tip receptiv şi, mai ales, de hemianopsie omonimă laterală dreaptă. Leziunea se pare că este localizată în girusul angular şi în a doua circumvoluţiune occipitală a emisferului major, realizînd o tulburare somatognozică la nivelul ei cel mai diferenţiat, deşi s-au publicat şi cazuri cu leziune în lobul parietal minor. BENTON (1961) contestă existenţa sindromului, considerîndu-l o ficţiune teoretică, întrucît nu există o corelare statistic-semnificativă între elementele sale constituente (fapt confirmat, printre alţii, şi de BOTEZ).

● Autotopoagnozia constă în imposibilitatea localizării şi descrierii propriilor segmente corporale, chiar atunci cînd subiectul le vede sau le atinge.

● Asimbolia la durere constă în imposibilitatea recunoaşterii calităţii durerii, deşi aceasta este corect percepută (SCHILDER, 1928); apare în leziunea localizată în girusul supramarginal.

● *Tulburările paroxistice ale somatognoziei.* Apar ca aură epileptică focală motorie sau senzitivă, ca forme ale unor „echivalenţe" comiţiale sau ca fenomene postcritice. Se întîlnesc:

- senzaţia de plutire, de dezintegrare corporală difuză;
- crize de senzaţie de dezintegrare corporală parţială, localizată pe un segment de membru;
- crize de hipertrofie a unor porţiuni ale corpului;
- crize de telescopaj şi atrofie corporală localizată;
- crize mixte (ARSENI, MARETSIS, BOTEZ, 1965).

O altă tulburare a schemei corporale este sindromul membrului fantomă. Constă în perceperea prezenţei membrului amputat. Apare după secţiuni medulare şi, rar, în leziuni periferice nervoase, ale plexurilor sau rădăcinilor nervoase. Se crede că s-ar datora proiecţiei corticale a impulsurilor aferente venite din bontul de amputaţie. WEINSTEIN ş.a. (1961, 1967) au găsit tulburarea şi în cazuri de aplazie congenitală a membrelor, ceea ce pledează pentru posibilitatea unei componente genetice în constituirea schemei corporale însăşi.

În psihopatologie, alterarea sentimentului de corporalitate defineşte desomatizarea (dismorfofobie, heautoscopie). Aceste tulburări pot avea caracter tranzitoriu în neurastenie, psihastenie, şi pot fi variabile pe fondul anxietăţii, în schizofrenie, în bufeele paranoide. Conversia care intervine în paraliziile isterice face parte tot din cadrul tulburărilor de schemă corporală.

93. SCHILDER Paul Ferdinand (1886—1940)

● Medic şi filozof. Este menţionat în istoria psihiatriei pentru aportul adus prin studiile sale de neurologie (encefalita periaxială difuză, despre care publică o lucrare în cadrul Clinicii Universitare din Viena). Orientarea sa psihanalitică este puternic influenţată de contactul cu opera freudiană, precum şi cu Freud, pe care îl cunoaşte şi îl apreciază. Preocupările sale se extind asupra pedagogiei şi sociologiei.

94. SCHILDER-FOIX$^{(B)}$ boală — sin. ENCEFALITĂ PERIAXIALĂ DIFUZĂ SCLEROTICĂ; ENCEFALOLEUCOPATIE DIFUZĂ FLATAU;

HEUBNER-SCHILDER-FOIX(s) sindrom ; SCHILDER(B) boală ● Encefalopatie demielinizantă progresivă, rară, cu caracter ereditar, ce afectează mai ales copiii și adolescenții. A fost descrisă succesiv de HEUBNER (1897), SCHILDER (1912), PIERRE MARIE și FOIX (1913). Procesul demielinizant este difuz, bilateral și simetric, afectînd substanța albă emisferică, cu producerea de cavități intracerebrale. În unele acazuri, a fost observată asocierea cu boala Addison.

Debutul este brusc, cu nevrită optică, edem papilar, hipertensiune intracraniană și paralizii. Uneori, sînt semnalate manifestări prodromale (iritabilitate, dificultăți școlare, tulburări de comportament). Afecțiunea se caracterizează clinic prin spasticitate (la început unilaterală, apoi bilaterală), cecitate corticală, atrofie optică, surditate, întîrziere psihică accentuată și convulsii. În stadiile avansate ale bolii, se adaugă tulburări sfincteriene și cașexie.

Se descriu mai multe forme clinice :

- pseudoparalitică (tulburări psihice, rigiditate pupilară, tremor intențional, dizartrie) ;
- polisclerotică (paraplegie spastică, sindrom cerebelo-labirintic) ;
- pseudocatatonică (negativism, stereotipii) ;
- pseudotumorală.

Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, iar tratamentul inoperant.

95. **SCHILDER-STENGL(s) sindrom** — sin. ASIMBOLIE DUREROASĂ → ANALGEZIE GENERALIZATĂ.

96. **SCHIMBARE** ● Formă de manifestare a mișcării, constînd în trecerea lucrurilor de la o stare la alta, de la o esență la alta. Modalitățile fundamentale ale dinamismului existenței sînt schimbarea cantitativă — modificarea sau variația (dimensiunii, duratei, ritmului, intensității etc.), fără ca lucrul să devină altceva, schimbîndu-și identitatea — și schimbarea calitativă — trecerea unei forme de existență în alta, prin salt în continuitatea devenirii. Cele două ipostaze ale schimbării formează o unitate dialectică : variațiile cantitative duc, atunci cînd ating punctele nodale ale măsurii, la schimbări calitative, iar acestea instituie alți parametri ai modificărilor cantitative.

97. **SCHIMBARE TERAPEUTICĂ FAVORABILĂ** ● Proces de transformare, de trecere dintr-o stare psihică maladivă, morbidă, într-o stare apreciată ca normală sau apropiată de normal, ca urmare a aplicării unui tratament fizic, chimic sau psihologic. Schimbarea terapeutică reprezintă un moment crucial al tratamentului, fiind principalul limitator al aplicării acestuia.

Dacă, în cazul tratamentului fizic sau medicamentos, cauza schimbării poate fi atribuită, cu o largă marjă de siguranță, agentului fizic sau chimic utilizat, în psihoterapie, această cauză este o problemă controversată. Principalii factori ai schimbării diferă, în funcție de sistemul psihoterapeutic prin care este tratat bolnavul. Astfel, pentru școala dinamică, vectorul terapeutic cel mai important al schimbării îl reprezintă înțelegerea de către pacient a conflictului intern inconștient, care a constituit sursa bolii. În terapia comportamentală, schimbarea se datorează reinvățării unor comportamente adaptative, odată cu stingerea celor neadaptative. În psihoterapia cognitivă, care așează la baza tulburărilor psihice convingerile iraționale, agentul schimbării îl constituie corectarea acestora și însușirea unei filozofii de viață pozitive.

Unul dintre factorii care influențează schimbarea terapeutică, asupra importanței căruia s-a ajuns la un acord majoritar, este relația terapeutică, raportul care se stabilește între terapeut și pacient, determinînd din partea acestuia o multitudine de reacții intelectual-emoționale, cu puternice valențe terapeutice.

98. **SCHIRMER(s) sindrom** — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; ANGIOMATOZĂ ENCEFALO-TRIGEMINALĂ ; ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ ; KALISCHER(s) sindrom ; KRABBE(s) sindrom ; LAWFOR(s) sindrom ; MILLES(s) sindrom ; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI(s) sindrom ; STURGE(s) sindrom ; STURGE-WEBER-DIMITRI(s) sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT(s) sindrom ; WEBER(s) sindrom ; WEBER-DIMITRI(s) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE(B) boală.

99. **SCHISTOSOMIAZĂ** (de la *Schistosoma*, numele unor metazoare) ● Parazitoză produsă de metazoare, care poate înscrie în tabloul clinic şi manifestări nervoase polimorfe. Omul este principalul rezervor pentru două dintre cele trei specii de metazoare care îl pot infesta : Schistosoma hematobium şi Schistosoma mansoni ; Schistosoma japonicum este responsabilă cel mai adesea de cazurile cu atingere neurologică şi de tulburările psihice. Dintre simptomele psihice pot fi menţionate : astenie, letargie, comă, confuzie mintală, crize epileptiforme, tulburări de sensibilitate.

Schistosomiazele sînt frecvente în Africa, Cipru, Portugalia, Orientul Apropiat, Iran, Irak, America de Sud, Orientul Îndepărtat.

100. **SCHIZO-** (cf. gr. *schizein* „a despărţi, a separa") ● Element de compunere care introduce sensul de separare, despărţire, dirijare forţată.

101. **SCHIZASTENIE** (cf. *schizo-* ; gr. *astheneia* „slăbiciune") ● Termen prin care DIMITRISOVICI, în 1952, a încercat să delimiteze o formă clinică particulară a schizofreniei, în care astenia este elementul de colorit definitoriu. Termenul nu are utilizare largă.

102. **SCHIZOBAZIE^{s} semn** (cf. *schizo-* ; gr. *basis* „mers") ● Descris şi introdus în clinică de către MINGAZZINI şi KNAPP, semnul ar caracteriza ataxia frontală şi temporală, fiind expresia absenţei integrării schemelor labirintice şi cerebeloase necesare echilibrului. Semnul nu are o specificitate certă, ceea ce duce la o acceptare limitată.

103. **SCHIZOCARIE** (cf. *schizo-* ; lat. *caries* „alterare, năruire") ● Termen desemnînd formele grave de schizofrenie, cu evoluţie ireversibilă spre cronicizare. A fost creat de MAUZ ; astăzi este desuet.

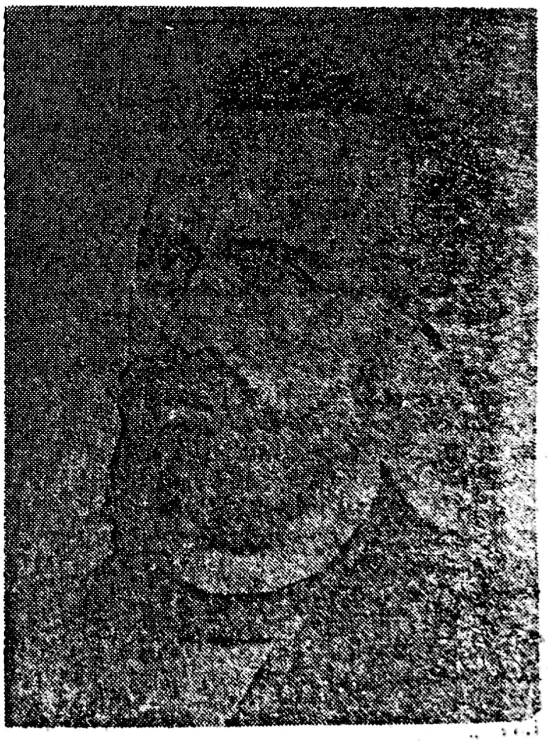
104. **SCHIZOFAZIE** (cf. *schizo-* ; gr. *phasis* „vorbă") ● Formă de discurs incomprehensibil, alcătuit dintr-o salată de cuvinte : cuvintele proprii limbii materne sînt amestecate cu neologisme ; alteori, cuvintele uzuale sînt folosite cu alt sens. Debitul verbal este considerabil, iar verbigeraţia dă impresia unei desfăşurări automate, nesupuse unui control. Poate fi permanentă, ca în schizofrenie, sau survine în mijlocul unei conversaţii normale, ca în parafrenie.

105. **SCHIZOFRENIE** (cf. *schizo-*; gr. *phren* „spirit, minte") ● Boală la fel de veche cît omenirea însăşi, schizofrenia sau, mai bine zis, manifestările din tablourile psihopatologice reunite astăzi sub acest nume le găsim menţionate atît în scrierile sanscrite din secolul al XV-lea î.e.n., cît şi în operele hipocratice, zece secole mai tîrziu, ca şi în evul mediu, cu interpretările şi remediile corespunzătoare nivelului de cunoaştere a omului, sănătos sau bolnav, din perioadele respective.

Începînd cu a doua jumătate a secolului al XIX-lea, medicii care îngrijeau bolnavii mintal au încercat să rupă cercul de vrajă şi de ignoranţă care învăluia această bizară boală a spiritului, ce semăna cu demenţa, dar care, apărînd la pubertate, amintea de melancolie, dar şi de confuzia mintală. Astfel, psihiatri ca J. E. ESQUIROL, J. GUISLAIN, B. A. MOREL, K. L. KAHLBAUM, E. KRAEPELIN ş.a. şi-au dobîndit, prin contribuţiile fundamentale pe care le-au adus la cunoaşterea schizofreniei, atributul netăgăduit de „clasici".

E. KRAEPELIN a adus contribuţii capitale la realizarea unei sinteze a tablourilor clinice, la delimitarea nosografică a schizofreniei, care îşi menţin şi astăzi valabilitatea.

Elaborînd, în cadrul tratatului său de psihiatrie, apărut în ediţii succesive din 1883 pînă în 1913, criteriul fundamental al „slăbirii demenţiale", caracteristic acestei boli autonome pe care a numit-o „demenţa precoce", el a făcut în mod clar şi definitiv demarcaţia faţă de psihoza maniaco-depresivă şi de celelalte boli psihice.



E. Bleuler

E. BLEULER a marcat actul de naştere al conceptului de schizofrenie în 1911, prin titlul capitolului care-i aparţinea în cadrul tratatului de psihiatrie al lui G. ASCHAFFENBURG, în care a pus semnul egalităţii între „dementia praecox" şi „grupa schizofreniilor". Sub influenţa teoriei psihanalitice, în plină afirmare la începutul secolului, E. BLEULER a descris simptomele de bază ale schizofreniei (primare şi secundare în raport cu ambivalenţa) şi a delimitat formele clinice, valabile în psihiatria zilelor noastre.

Variaţiunile pe aceeaşi temă nu au încetat să-şi facă apariţia pe o scenă a cărei cortină nu căzuse încă (nici chiar astăzi nu se poate afirma acest lucru), fiind elaborate în număr mare teorii mai mult sau mai puţin susţinute ale predispoziţiei schizofrenice (BUMKE, KRETSCHMER, PLATTNER, KAHN, LUXENBURGER etc.), ale reactivităţii comportamentale (A. MEYER), ale relaţiilor interpersonale (H. S. SULLIVAN) etc.

Curentul antipsihiatric al anilor '60 face o notă distinctă în toată această traiectorie cronologică explicativă a schizofreniei, abordînd polul extrem : negarea ei ca boală (Th. SZASZ, R. LAING etc.).

Necesitatea unificării concepţiilor diferitelor şcoli de psihiatrie europene şi americane nu a mai putut fi evitată, rodul eforturilor numeroşilor psihiatri de diverse orientări şi convingeri concretizîndu-se în formulările OMS (ICD 9), ale DSM III, precum şi în DSM III R şi în proiectul pentru ICD 10.

● EPIDEMIOLOGIE : Dificultăţile din planul nosografic şi al clasificărilor în diferite forme clinice nu au avut numai implicaţii teoretice, ci au creat serioase dificultăţi şi în activitatea concretă de evaluare a datelor epidemiologice privind schizofrenia.

Se pare că unul din 100 de oameni suferă de schizofrenie (incidenţa bolii este evaluată în ţara noastră între 0,5—1,5 ‰ — A. IVAN, T. IONESCU, G. TEODOROVICI, 1981), cifră care se suprapune celor comunicate din oricare colţ al lumii, demonstrînd că schizofrenia este o boală universală, neavînd nici o legătură cu „longitudinea sau latitudinea".

Prevalenţa acestei afecţiuni este relativ constantă, indiferent de cultură, rasă, grad de dezvoltare socio-culturală, poziţie geografică, cu o distribuţie egală pe sexe, vîrsta de risc maxim situîndu-se între 15—45 ani (H. EY). Mediul urban oferă o prevalenţă mai mare pentru schizofrenie decît mediul rural, în mare parte datorită diferenţelor privind tehnicile de înregistrare, accesibilitatea bolnavilor etc.

Studiile luînd în considerare factorii genetici şi psihosociali au aprofundat cunoştinţele privind prevalenţa acestei boli, care este apreciată la 0,2—1,0‰. Riscul de îmbolnăvire (expectanţa) variază între 0,8—1,2%, crescînd pentru copiii cu un părinte schizofren (2%), pentru fraţi (8,7%), pentru veri (2,8%), pentru gemenii monozigoţi (40—50%) şi pentru cei bizigoţi (10—14%). Cînd ambii părinţi suferă de schizofrenie, riscul ca descendenţii să o moştenească creşte la 34—44%. Toate aceste cifre reflectă interferenţa bazei genetice cu factorii psihosociali, reflectîndu-se în mod particular în funcţie de individ. Morbiditatea generală şi mortalitatea sînt mai crescute la schizofreni în comparaţie cu populaţia generală, ca şi comparativ cu alte afecţiuni psihice (psihoze afective, decompensările personalităţilor dizarmonice). Fără a se putea preciza cauzele supramortalităţii la schizofreni, premisele unei strategii terapeutice adecvate joacă un rol important în ceea ce priveşte frînarea ei.

Sexul pare a fi nesemnificativ în prevalenţa bolii, dar o pondere importantă o au factorii psihosociali, dintre care statutul marital, fenomenul de emigrare-imigrare au fost studiaţi cu deosebire.

● MODELE ETIOPATOGENICE : Concomitent cu căutarea tuturor acestor informaţii despre schizofrenie şi răspîndirea ei, au apărut tot mai multe întrebări în legătură cu cauzele care o determină şi cu factorii care îi favorizează debutul, evoluţia, prognosticul. Firescul acestor întrebări s-a născut din „discordanţa" dintre dovezile clare existente în ceea ce priveşte manifestarea schizofreniei ca oricare altă boală şi lipsa de informaţii exacte privind locul leziunii sau veriga defectă a unui lanţ funcţional, responsabile de declanşarea bolii.

Pe cît de bizare şi neobişnuite păreau manifestările bolii, pe atît de misterioasă devenea originea sa, care continua să rămînă necunoscută, în ciuda anatomopatologilor care au cercetat fiecare regiune a creierului, a psihanaliştilor care au scotocit printre toate amintirile şi „păcatele" familiei, şi a unor sociologi care aruncau toată vina asupra societăţii, acordînd un coeficient de atenuare a acestei vini atunci cînd era vorba de personalităţi „predispuse".

Studiile de genetică, apoi cele de biopsihofarmacologie, de biochimie şi histologie cerebrală, imunologie, de psihofiziologie, endocrinologie, toxicologie etc. au orientat definitiv concepţiile despre schizofrenie spre noi direcţii, susţinute puternic de progresul tehnico-ştiinţific. Se pare că, în acest context, organogeneza a cîştigat partida în favoarea psihogenezei, dar fără a o ignora şi a-i subestima rolul. Scoţînd din cauză oportunitatea oricărei dispute, favorabilă în final doar progresului ideilor, o analiză obiectivă nu va putea decît să concluzioneze unitatea şi complexitatea fenomenului schizofrenic în toată multidimensionalitatea sa deterministă, în care contrariile nu se exclud, ci din contră, se atrag şi se autoasimilează.

Modelele etipatogenice actuale se pot grupa în două mari categorii :

- modele biologice ;
- modele socio-culturale.

Fiecare dintre ele subinclude mai multe subtipuri ; astfel, *modelul biologic* presupune existenţa următoarelor tipuri :

— **Modelul anatomo-funcţional.** Acesta a fost cel mai uşor abordabil prin observaţie directă, perfecţionată şi ajutată în timp de noile cuceriri ale ştiinţei şi tehnologiei : tomografia computerizată, rezonanţa magnetică aplicată în studiul SNC. O serie de observaţii au părut la prima vedere remarcabile şi posibil revoluţionare : atrofia marcată a lobilor frontali, reducerea volumului ventriculilor laterali, modificări ale circumvoluţiunilor lobilor frontali, creşteri globale ale greutăţii creierului, diferenţe de densitate celulară sau transformări celulare cronice etc. Unii specialişti au susţinut, iar alţii au combătut ipotezele structural şi funcţional anatomice ce încercau să susţină originea organică sau cel puţin dovada palpabilă a schizofreniei. La fel, deşi de mare amploare, studiile bazate pe vizualizarea masei cerebrale (PEG) sau investigarea activităţii electrice a creierului (EEG) nu au făcut decît să reflecte nişte modificări, cu un grad mai mare sau mai mic de semnificaţie, dar fără să se apropie sensibil de nucleul de origine al schizofreniei.

Era electroencefalografiei şi-a lăsat şi ea amprenta asupra eforturilor orientate spre elucidarea etiopatogeniei afecţiunii, începînd cu cercetările lui P. A. DAVIS. Premise noi au apărut în urma constatării că traseele bioelectrice ale schizofrenilor prezentau un număr mai mare de aspecte anormale în comparaţie cu cele ale indivizilor sănătoşi. Este vorba de diverse forme de activitate lentă, de paroxisme „pseudoepileptice“, de ritmuri rapide de tip „choppy“ etc. În schizofrenia catatonică, modificările EEG par a fi mai frecvente decît în celelalte forme. În pofida eforturilor, nu a putut fi stabilit însă un raport între aceste trasee anormale şi etiopatogenia bolii. Ele nu prezintă nici utilitate diagnostică (cel mult, una prognostică, după autori ca IGERT, SMALL), fiind considerate fie epifenomene în cadrul schizofreniei, fie secundare acesteia, fie concomitente cu afecţiunea din motive neprecizate încă.

Elementele evocate par a fi legate de stadiul deteriorativ din evoluţia bolii, ridicînd problema unei ipoteze genetice sau virale în etiopatogenia acestei maladii.

Electroencefalografia continuă, realizarea hărţilor electrice cerebrale au adus progrese în cunoaşterea bolnavilor schizofreni, la care s-au constatat dificultăţi privind selectarea stimulilor şi în distributivitatea atenţiei, ca o consecinţă a organizării defectuoase a strategiei proceselor informaţionale. Studiul fluxului cerebral, al predominanţei uneia sau alteia dintre emisferele cerebrale, în repaus şi sub influenţa tratamentului cu psihotrope, nu au reuşit să ofere stabilirea unor corelaţii cu una sau alta dintre formele clinice, nici semnificaţia mişcărilor oculare sacadate anormale.

— **Modelul biochimic** reprezintă astăzi terenul de cercetare predilect în ceea ce priveşte rezolvarea problemei schizofreniei.

Plecînd de la găsirea unor asemănări structurale chimice din compoziţia mescalinei şi a derivaţilor metilaţi ai catecolaminelor (OSMOND şi SMITHIES, 1952), cercetările ulterioare în domeniul neurochimiei au permis dezvoltarea ipotezei dopaminergice, care susţine o hiperactivitate a mecanismelor dopaminergice în zonele cerebrale corespunzătoare nucleilor striaţi şi ganglionilor bazali. Argumente în acest sens constituie şi faptul că agoniştii dopaminei exacerbează simptomele schizofreniei, pe cînd neurolepticele le ameliorează.

Deceniul al optulea a adus o adevărată cascadă de noi date în sprijinul acestor prezumţii. S-au descris zece sisteme de neuroni dopaminergici în SNC (LINDVALL şi BJÖRKLUND, 1983), s-a evidenţiat rolul de placă turnantă pe care structurile ganglionilor bazali ai nucleilor putamen şi caudaţi îl joacă în sinteza, fixarea şi eliberarea dopaminei la nivelul sinapselor.

În 1979, de cînd cercetările au încercat să aducă noi date care să clarifice nu numai structura, ci şi rolul fiziologic al acestor nuclei, KEBABIAN şi CALNE au descris receptorii pentru dopamină, D_1 şi D_2, ca locusuri adenilciclazice dopaminsensibile (D_1) şi alte locusuri cu o acţiune neutră sau inhibitoare asupra sistemului adenilciclazei (D_2). Receptorii D_3 şi D_4 se diferenţiază numai din punctul de vedere al sensibilităţii la concentraţiile de dopamină şi neuroleptice. S-a incriminat (MARTRES) rolul GPT în diminuarea sintezei de apomorfină în locusurile de fixare D_3 şi o sporire a sintezei în D_4, ceea ce ridică problema unei afinităţi diferite pe care o au aceşti receptori.

Abundenţa receptorilor D_2 în nucleii striaţi şi în fibrele nigrostriate, în ganglionii bazali, în nucleii caudaţi şi în sistemul limbic a condus la ipoteza că aici trebuie să se producă, probabil, perturbații metabolice ale dopaminei, responsabile de tulburările din schizofrenie. Cercetări recente au indicat că și dendritele pot sintetiza și elibera dopamină, avind rol inhibitor asupra autoreceptorilor (D_1, D_2), asupra neuronilor GABA din fascicolul nigrostriat și asupra interneuronilor dopaminergici și alte influențe asupra celulelor gliale și capilarelor. Structuri receptoare de tipul D_1 și D_2 au fost găsite și „la periferie" (paratidoide, lobul anterior al hipofiziei, limfocite).

Au fost intreprinse studii și în legătură cu descărcarea de STH după administrarea de apomorfină, față de care par implicate și ariile mezolimbice și mezocorticale (ZELMAN). Hipo- sau hiperfuncția sistemului dopaminergic au fost corelate cu simptomele negative și, respectiv, pozitive ale schizofreniei (LECRUBIER), deși s-a găsit o hipersensibilitate dopaminergică și în secțiunile cerebrale ale tuturor schizofrenilor cronici, indiferent dacă erau tratați sau nu.

Tomografia cu emulsie de pozitroni a îndreptățit apariția unor noi speranțe de cercetare „in vivo" a sistemelor dopaminergice (A. GJEDDE, 1988).

Endorfinele, enkefalinele reprezintă alt domeniu al neurochimiei, cu largi perspective în elucidarea mecanismelor de producere a halucinațiilor și de acțiune a neurolepticelor (EMERICH, 1984).

Studiile asupra sistemelor catecolaminic și histaminic continuă de asemeni, ele neoferind pînă în prezent date semnificative pentru etiopatogenia schizofreniei.

— **Modelul imunologic.** Deceniile al VI-lea si al VII-lea, abundente în cercetări pe plan imunologic general, au oferit noi posibilități de eventuale explicații ale producerii schizofreniei, cercetătorii încercînd să propună un tip specific de imunitate în psihozele endogene. Autoimunizările propuse contra unor anumite „metacircuite neuronale" au fost însă contestate de cercetările care au urmat, evidențiindu-se o serie de factori nespecifici responsabili de apariția anticorpilor anticerebrali. Date mai recente au legat simptomatologia acută pozitivă a schizofreniei de autoanticorpii ce interacționează cu receptorii dopaminergici și îi stimulează în unele căi neuronale cerebrale, pe cind simptomele cronice negative ar reprezenta un răspuns autoimun față de unele căi dopaminergice.

Deși s-au constatat creșteri ale α_1, α_2 și β-globulinelor sau ale β-macroglobulinelor, nu s-a putut determina o specificitate a acestora pentru schizofrenie, iar factorul reumatoid a fost evidențiat numai la o treime din bolnavi. Legată strins de ipoteza imunologică, teoria virală privind etioplatogenia schizofreniei a cucerit, la timpul său, suficient teren, bazîndu-se pe studii destul de pretențioase, dar care nu au reușit să ofere concluzii suficient de convingătoare, deși domeniul rămine încă neepuizat.

— **Modelul genetic** a fost sugerat, din primul sfert de veac, de corelațiile găsite de E. KRETSCHMER între tipul leptosom-schizotim și schizofrenie și a fost confirmat 40—50 de ani mai tîrziu de studiile geneticienilor, efectuate pe gemeni și copii adoptați. Rezultatele au fost zdrobitoare pentru cei care mai susțineau încă teoria psihogenetică sau psihanalitică a schizofreniei, studiile lui SLATER, KRINGLEN, KALLMAN, BABIGIAN stabilind definitiv că riscul de a face boala este de 6—8 ori mai mare pentru frații bolnavilor schizofreni decit pentru populația generală, de 16 ori mai mare în situația în care unul din părinți, indiferent de sex, este schizofren și pînă la 55—68 ori mai mare în cazul ambilor părinți schizofreni. Riscul pentru alte boli psihice este același în familiile de schizofreni ca și în populația generală.

Rata de concordanță la studiile pe gene privind predicția schizofreniei s-a dovedit crescută la gemenii monozigoți comparativ cu cei bizigoți, chiar dacă au trăit separat, în condiții sociofamiliale deosebite. Renunțînd la teoria monogenetică cu genă recesivă și la cea a unei gene dominante, cercetătorii au rămas la explicațiile oferite de teoria poligenetică cu transmitere independentă sau la cele oferite de sistemul poligenic aditiv care condiționează exprimarea de factorii mezologici. De altfel, și această controversă a rămas deocamdată nerezolvată, deși cea mai plauzibilă dintre ipoteze pare cea a transmisiei genetice a anumitor caractere constituționale biochimice (scăderea sau creșterea monoaminooxidazei plachetare în trombocite), biologice și psihologice, care l-ar expune pe purtătorul lor într-o situație psihoafectivă constant defavorabilă, la exprimarea simptomatologiei clinice, cu ocazia unui banal eșec sau obstacol.

Viitorul va aduce confirmări ale uneia dintre cele trei ipoteze genetice posibile : ereditate recesivă cu penetranță redusă, ereditate dominantă cu penetranță heterozigotă de 20% sau homozigotă de 100%, ereditate multifactorială.

— **Modelul experimental pe animale** a rezultat din cercetările efectuate în vederea evaluării răspunsurilor la medicația antipsihotică, urmărind modificările comportamentale față de una sau alta din substanțele considerate active (datorită imposibilității reproductibilității vreunui semn al schizofreniei). Astfel, amfetamina, ca și feniletilamina au fost studiate în legătură cu manifestările comportamentale de tip stereotip ca rezultat al creşterii dopaminei în sistemul striat. Utilizarea halucinogenelor, a 6-hidroxidopaminei, a neurotoxinelor a constituit încercări de reproducere a unor modele de boală, alături de stimularea formaţiei reticulate şi de izolarea socială.

Modelele socio-culturale au apărut iniţial ca o replică la prea marele determinism al modelelor biologice care, deşi încercau, nu reuşeau să ofere explicaţii complete ; cu timpul, şi cele socio-culturale au ajuns în aceeaşi situaţie, apărînd astfel ideea complementării lor reciproce. Cele mai cunoscute modele din această a doua categorie ar fi :

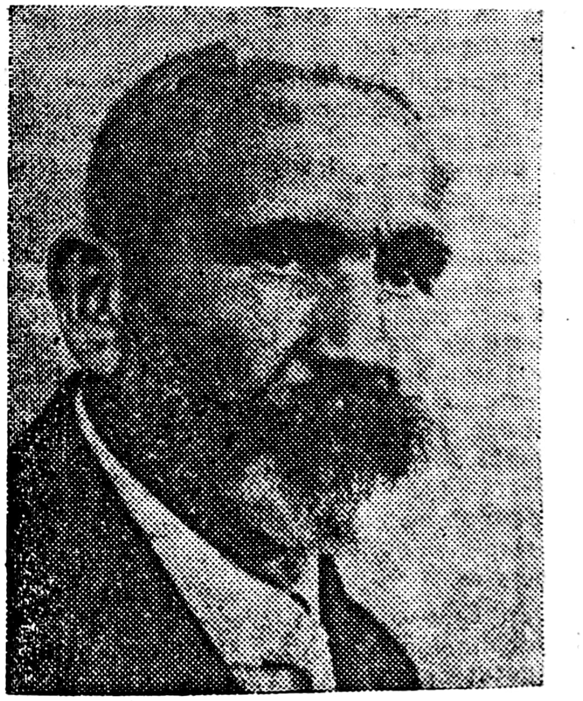
— **Modelul familial şi comportamental** s-a născut din orientările psiho-socio-genetice care incriminau factorul patogen din mediul ambiant al unor persoane cu predispoziţii schizofrenice datorate însuşirii unui anumit model comportamental greşit structurat, fie că acesta provenea din experienţele infantile, fie din deficienţele de comunicare.

Majoritatea autorilor semnalează o carenţă afectivă precoce, existentă încă din fazele pregenitale în marea majoritate a cazurilor. LIDZ şi colab. constată : eşecuri în formarea unor familii nucleare, atmosferă iraţională, imposibilitatea unuia sau ambilor părinţi de a-şi asuma rolul (competiţie pentru autoritate, insuficienţă a unuia dintre parteneri), preocupări incestuoase etc. Rolul mamei schizofrenului a fost subiectul numeroaselor observaţii care au dus chiar la constituirea unor veritabile „portrete" : mama „schizofrenogenă" (FROMM-REICHMAN), mama „supraprotectoare" (D. LEVY), mama „perversă" (ROSEN). În general, aceste tipuri asociază o formă de superprotecţionism cu un rejet manifestat sau mascat. Conceptul de simbioză patologică mamă-copil şi intervenţia sa în etiologia schizofreniei a fost confirmat de numeroase cercetări ulterioare. Rolul tatălui a fost şi el luat în consideraţie (LIDZ, PERSON, Da SILVA ş.a.), în special sub aspectul absenţei sau carenţei paterne („hiperautoritar", „pasiv" sau „demisionar"). Pattern-urile de comunicare între membrii familiei, studiate prin prisma ideilor teoriei comunicării, au dezvăluit grave perturbaţii preexistente bolii. BATESON, reprezentant al şcolii de la Palo Alto (SUA), a emis ipoteza dublei legături : un joc de injoncţiuni pozitive sau negative, generînd pentru subiectul „victimă" situaţii fără ieşire. L. WYNNE ia în discuţie strategia de apărare pe care o constituie „pseudo-mutualitatea" familială. În cadrul „pseudo-mutualităţii" se dezvoltă mecanisme ce exclud deviaţiile. Organizată în spatele unui „zid de cauciuc", familia trăieşte o situaţie dereistică pe care o justifică printr-o mitologie defensivă. Orice deviere a individului este sancţionată prin rejet.

Deşi studiile privind rolul familiei şi al factorilor comportamentali în geneza schizofreniei nu s-au dovedit revelatoare, ele au adus o contribuţie importantă la psihoterapia bolnavului schizofren şi a familiei acestuia, recunoscîndu-li-se caracterul favorizant, patoplastic.

Apariţia copiilor dependenţi psihologic, anxioşi, izolaţi, apatici, timizi sau cu izbucniri „asociale", lipsiţi de autocontrol semnalează trăsături care nu pot fi considerate semnificative pentru riscul de îmbolnăvire de schizofrenie. Aici poate fi luată în discuţie posibilitatea declanşării simptomatologiei clinice de către unele evenimente din viaţa bolnavului (examene eşuate, deziluzii sentimentale, suprasolicitare etc.), care constituie, la o analiză mai atentă, doar factori declanşatori, developînd în cele mai multe cazuri aspecte psihopatologice preexistente evenimentelor biografice respective.

Deşi nu poate fi negată relaţia între stilul cognitiv al familiilor şi incidenţa îmbolnăvirilor, în cazul prezenţei unor grave deficienţe care se răsfrîng asupra dezvoltării copilului (în special asupra autoidentificării şi autoevaluării sale), această ipoteză nu poate fi desprinsă de contextul genetic.



E. Kraepelin

— **Modelul cognitiv.** Creat ca o posibilă abordare etiopatogenică (dar și cu implicații psihopatologice și terapeutice, ca de altfel și modelul comportamental) se axează pe tulburarea „centrală" a bolii : cea de la nivelul gîndirii. Tulburările cognitive i-au frapat de la început pe clinicieni,unii dintre aceștia avînd intuiția remarcabilă de a observa prezența unei „dereglări a asociațiilor", „sejuncții", „ataxii intrapsihice", „tulburări asociative" etc. Odată fixat obiectivul „dezechilibrului" celui mai aparent în cazurile clasice de schizofrenie, s-a declanșat o avalanșă de studii referitoare la gradul în care este afectată atenția, reacțiile la stimulii optici și acustici (cercetări recente implică intensitatea și modul lor de cuplare în producerea halucinațiilor), reacțiile electrodermice de orientare, dilatarea pupilară.

S-au lansat ipoteze asupra modului de prelucrare a informațiilor reprezentate de stimuli la bolnavii de schizofrenie, încercîndu-se să se explice deformarea suferită de aceștia. Memoria de scurtă durată, în special, pare a fi, de asemenea, implicată în tulburările cognitive ale bolii, ca și percepția și modul de folosire a regulilor logice.

O altă direcție de cercetare legată de atenție și memorie a constituit-o domeniul limbajului și al vorbirii, la diversele sale nivele de structurare, punîndu-se în evidență modificări în privința supra- sau subincluziunii conceptelor marginale, alterări ale ierarhizării răspunsurilor, ultimele date orientîndu-se spre existența unor deficite complexe ale sistemului informațional.

— **Modelul antipsihiatric.** Născut în anii '60 prin încercarea unor psihiatri occidentali (mai ales americani) de a nega boala mintală, în special schizofrenia, căreia, în contextul medical, i s-ar conferi un caracter dezumanizant, stigmatizant, privativ de libertate. Considerată ca boală a civilizației, ca răspuns dat unei societăți „bolnave", plină de contradicții, schizofrenia se transformă astfel într-o maladie subsumabilă bolilor personalității. Psihoza apare în acest context ca un răspuns al individului la presiunile la care este supus din partea societății, familiei, școlii etc.

Consecutiv, devin nejustificate toate măsurile preventive și curative ale schizofreniei, atîta vreme cît ea este doar rezultatul unui anumit tip de comportament explicabil prin intermediul abordării lui existențial-fenomenologice. Scindînd organismul de persoană, antipsihiatrii ajung în situația, paradoxală pentru cunoașterea științifică indispensabilă medicinei și deci și psihiatriei, de a confunda modelul bolii cu pierderea libertății, a gradului de responsabilitate a ființei umane.

Extinzînd dincolo de limitele conceptului medical principiile comprehensibilității, antipsihiatrii au încercat să demitizeze boala, punînd simptomele schizofreniei numai pe seama societății care agresionează persoana ce nu-și poate relaționa propriul self cu al celorlalți semeni.

Constituind un fenomen negativ, ca și psihanaliza dealtfel, în evoluția concepțiilor despre etiopatogenia schizofreniei, antipsihiatria a reprezentat o etapă retrogradă, definitiv depășită de cercetările psihiatriei biologice și genetice.

● PSIHOPATOLOGIE. Modelul psihopatologic al schizofreniei a reprezentat un deziderat extrem de important pentru psihiatrii ultimului secol, ei lovindu-se de reale dificultăți de abordabilitate și elucidare a mecanismelor acestei afecțiuni psihice atît de grave, semănînd în mod izbitor cu demența. Această ultimă trăsătură l-a și determinat pe E. KRAEPELIN să numească boala „dementia praecox" și să-i recunoască, prin comparație cu adevăratele demențe, caracterul autonom și evolutiv, indiferent de forma sub care se manifestă (hebefrenică, catatonică și paranoidă). S-a realizat astfel un pas decisiv — unificator și procesiv — în modul de concepere a acestei afecțiuni care atingea „legăturile și armonia internă a personalității" și se diferenția net de psihoza maniaco-depresivă și psihozele organice prin producțiile halucinator-delirante, absența controlului reacțiilor emoționale, scăderea atenției, negativism și absența defectelor senzoriale. Tulburările afectivității au fost definite prin caracterul de slăbire", aplatizare, indiferență ce caracterizau pacientul schizofren, evidențiate mai ales în contextul relaționării cu familia, prietenii.

Contraargumentele lui E. BLEULER privind atît vîrsta debutului bolii (nu totdeauna „precoce"), cît și evoluția (nu totdeauna „demențială") au slujit psihiatrului elvețian construirii unui edificiu psihopatologic privind schizofrenia, care ia în considerare și influențele curentelor filozofice și psihologice ale vremii sale. Astfel, adept al unei duble concepții — psihogenetice, prin admiterea rolului jucat de complexele inconștiente anormale în structurarea delirurilor și în apariția ambivalenței, și al unei dezvoltări primare a bolii, prin „proces" care evoluează independent — E. BLEULER a reușit să confere o considerabilă extensie conceptului schizofreniei (schizofreniilor, în opinia sa). Punînd în prim plan disociația (Spaltung) — exprimată în mod esenţial la nivelul proceselor asociative prin barajul ideativ (Sperrung)—, autorul a reuşit să delimiteze simptomele fundamentale (fiziogene) şi accesorii (psihogene), în condiţiile unei funcţionalităţi normale în alte domenii ale psihismului (ceea ce exclude participarea unui factor organic cerebral).

Din prima categorie de simptome fac parte : tulburările asociaţiilor ideative — alterarea cursului gîndirii, întreruperea sau barajul gîndirii, perseverările, stereotipiile, condensarea gîndirii, neologismele, dirijarea, impunerea, furtul sau rigiditatea gîndirii şi ambivalenţa ideativă ; tulburările afectivităţii — indiferenţă sau tocire afectivă, iritabilitate exagerată, impunerea sentimentelor, rigiditate afectivă, paratimia şi ambivalenţa afectivă. Autismul, abulia, apatia, ambivalenţa voinţei, influenţarea voinţei, sentimentul de transformare corporală, tranzitivitatea şi apersonalizarea reprezintă alterări ale funcţiilor complexe ale psihismului, consecutive disociaţiei.

A doua categorie de simptome include : ideile delirante, halucinaţiile senzoriale, iluziile, simptomele catatonice, negativismul, automatismele, impulsivitatea, tulburările de memorie, ale limbajului vorbit şi scris, ale personalităţii. Tot aici sînt incluse simptomele somatice (inclusiv cele neurologice).

E. MINKOWSKI a preluat unele elemente din concepţia profesorului său, pe care le-a completat, atît cu conceptul filozofiei bergsoniene asupra „elanului vital", cît şi cu vechea teorie constituţională a lui E. KRETSCHMER privind schizoidia, ca fiind terenul de predilecţie pentru dezvoltarea schizofreniei. Contribuţia acestui autor este remarcabilă în accentuarea rolului autismului în psihopatologia bolii, relevînd caracterul preponderent primitiv şi abstract al gîndirii acestor bolnavi. Pierderea contactului vital ar avea drept consecinţă izolarea de lumea reală prin două modalităţi : cea a „autismului bogat" (structurat pe activitatea onirică dependentă de conţinutul şi dinamismul complexelor inconştiente) şi cea a „autismului sărac" (rod al deficitului primar generator al hipertrofierii compensatorii).

Concepţia organodinamistă, elaborată de H. EY, cuprinde o destructurare, o dezagregare a conştiinţei şi a nivelurilor de organizare a personalităţii în două direcţii exprimate prin două tipuri de simptome : negative (sindromul disociativ) şi pozitive (productivitatea delirantă de esenţă autistică).

Primul tip de simptome reuneşte : tulburările cursului gîndirii şi ale cîmpului conştiinţei, tulburările de limbaj, alterarea sistemului logic, dezorganizarea vieţii afective, discordanţa psihomotorie (comportamentul catatonic). Cel de-al doilea tip de simptome este reprezentat de delirul paranoid, ce cuprinde trăirile delirante, elaborarea delirantă secundară şi modificarea autistică a personalităţii schizofrenului.

H. Ey

Independent de nuanţările cantitative sau calitative, de interpretările predominant psihologizante sau fiziologizante, de primaritate sau secundaritate, pe care le-au oferit diverşi autori, schizofrenia conturează un tablou psihopatologic complex, dinamic şi polimorf, a cărui trăsătură definitorie este reprezentată de o perturbare gravă a nivelurilor de organizare ale persoanei, atît din punctul de vedere al structurilor şi funcţionalităţilor intrinseci, cît şi din cel al relaţionării cu semenii, cu lumea înconjurătoare.

— **Concepţia fenomenologică** se bizuie pe principiul comprehensibilităţii, afirmat de curentul filozofic reprezentat de JASPERS, MINKOWSKI, BINSWANGER, HEIDEGGER ş.a. Aşezînd în prim plan „prezenţa în lume" a bolnavului schizofren, adepţii acestui punct de vedere au încercat să identifice un sens şi o finalitate autismului caracteristic schizofreniei, Pierderea contactului vital cu realitatea ar fi, după opinia lui MINKOWSKI, un punct nodal de apariţie a schizofreniei şi, deci, refacerea lui ar constitui o garanţie terapeutică pentru bolnavi. BINSWANGER, influenţat de filozofia lui HEIDEGGER, a încercat să stabilească, prin intermediul analizei existenţiale, structurile fundamentale ale existenţei schizofrenului şi ale lumii acestuia, să surprindă bolnavul sub aspectul particular al existenţei sale, pătrunderea în intimitatea existenţială solicitînd o abordare hermeneutică. BINSWANGER formulează mai multe dimensiuni ale experienţei schizofrene: destrămarea prezenţei reale şi căderea în arbitrar, lupta pentru idealuri fără substrat real, la care subiectul poate renunţa fără riscul de a cădea pradă angoasei, necesitatea de a disimula aspectul intolerabil al alternanţei viclenie-îngîmfare şi dimensiunea finală a abandonului, a catastrofei, cînd subiectul renunţă la luptă şi se predă delirului.

Tulburarea „timpului trăit", la nivelul întregii existenţe, este explicată prin irumperea cu brutalitate a unui mod de existenţă total diferit de cel anterior, dar avînd caractere distincte în cazul delirului psihogen şi al celui schizofren. Apreciabil în ceea ce priveşte detalierea metodologică şi deschiderea psihologică, instrumentul psihopatologic şi terapeutic oferit de filozofia fenomenologică se dovedeşte însă nesatisfăcător în practica clinică.

— **Concepţia psihanalitică** începe cu S. FREUD care afirmă încă din 1896 posibilitatea înţelegerii simptomelor psihotice. În 1911, cu ocazia interpretării cazului Schreber, el enunţă ipoteza detaşării libidoului şi refularea sa către Eu, retragerea investirii libidinale a obiectelor externe şi regresiunea la stadiul narcisic la care subiectul rămîne fixat. Din acest proces, ia naştere sentimentul de catastrofă, de transformare şi sfîrşit al lumii. Ca fenomen compensator apare o megalomanie delirantă, expresie a reorientării libidinale către Eu. S. FREUD îşi susţine modelul pe baza relaţiilor existente între Inconştient, Preconştient şi Conştient, între care se interpune, într-un grad mai mare sau mai mic, cenzura, în cadrul unor procese primare şi secundare. Modelul psihotic, aplicabil în această teorie schizofreniei, ar reprezenta un număr de schimburi între elementele menţionate, influenţate de gradul redus al structurării oedipiene, de deficitul cenzurii şi al paraexcitaţiilor. Astfel, psihoza se constituie ca o incapacitate cognitivă prin insuficienţa proceselor de secundarizare, negarea realităţii fiind, deci, efectul său.

Freudistă sau neofreudistă, perspectiva psihanalitică asupra schizofreniei oferă un model abstract de operare cu structuri ale căror relaţii relevante pentru psihoză sînt de tipul deficitului de structurare a Eului (forcluziune, cum o denumeşte J. LACAN), constînd în rejectarea primară a unui „semnificant" fundamental (simptomul psihic încetează să mai fie semn, devenind semnificant).

Melanie KLEIN a descris procesul de regresiune schizofrenică la stadiul oral şi mecanismele de apărare împotriva angoasei, specifice acestui stadiu: clivajul Eului, proiecţie, identificare proiectivă.

Această concepţie este astăzi mai puţin amintită, chiar şi de literatura psihiatrică occidentală, prin tradiţie formată la şcoala psihanalizei, locul său în tratate şi lucrări de specialitate fiind din ce în ce mai limitat, în favoarea achiziţiilor moderne din domeniul biochimiei, fiziologiei si histoenzimologiei centrale.

Nu se poate încheia sumara trecere în revistă a principalelor aspecte psihopatologice fără a aminti mult discutatul rol al personalităţii premorbide, al existenţei unui anumit tip de personalitate cu risc crescut. Primele observaţii aparţin clinicienilor de la începutul acestui secol, însă o analiză supusă unui filtru mai obiectiv a fost realizată abia în ultimele decenii.

Departe de a se mai mulţumi cu schema simplistă propusă de E. KRETSCHMER, după care schizotimul trece obligatoriu prin faza de schizoidie în cea de schizofrenie, sau cu simple corelaţii stabilite pentru tipul longilin-astenic, cercetătorii au ajuns la concluzia că, cel mult, schizoidia poate fi interpretată, deocamdată, în unele cazuri, ca o manifestare modificată a genotipului schizofren, a unor predispoziţii parţiale sau a heterozigotismului, deşi aceste trăsături „preschizofrenice" nu au putut fi decelate decît în 50% sau doar în 30% din cazuri (E. BLEULER).

Metodele moderne de investigare a populaţiilor expuse la risc au pus în discuţie întrebarea care persistă de multă vreme în mintea psihi-

Kaulbach

atrilor, referitoare la existenţa unei anumite vulnerabilităţi care să poată fi identificată precoce, înainte ca subiectul să se manifeste ca bolnav schizofren.

Studiile genetice şi cele pe copii adoptaţi au stabilit în mod clar că riscul copiilor de a face boala, în situaţia cînd părinţii lor sînt schizofreni, este de 10—15 ori mai mare.

S-au făcut tentative de realizare a unui „portret-robot“ al viitorului schizofren, a cărui aplicare supra- sau subdimensionată impune prudenţă, eforturile de prevenţie primară necesitînd programe bine concepute, fundamentate pe cercetări clinice şi epidemiologice. Absenţa identificării unui anumit semn precursor al schizofreniei (deşi se pare că izolarea socială este cea mai frecventă) rămîne încă de actualitate, fără a i se putea da un răspuns clar. Astăzi acceptăm existenţa unei personalităţi de tip schizoid, dar sîntem obligaţi să afirmăm, cu aceeaşi certitudine, că nu toţi aceşti subiecţi dezvoltă boala, ei putîndu-şi duce existenţa şi în afara bolii, cum de altfel se şi întîmplă frecvent.

● **FORME CLINICE** : Este necesară distincţia între formele de debut ale schizofreniei şi formele clinice propriu-zise.

— **Formele de debut** pot fi reprezentate, practic, de aspectul oricărei alte afecţiuni psihice, criteriul expectanţei fiind singurul în măsură să lămurească adevăratul diagnostic. În ciuda polimorfismului simptomatologic al debutului bolii, clinicianul nu trebuie să cadă nici în extrema de a vedea „peste tot“ schizofrenia, dar nici în aceea de a o ignora, precocitatea depistării debutului avînd, în zilele noastre, importante valenţe pozitive în reuşita tratamentului.

Autori ca E. BLEULER, H. GRUHLE, K. SCHNEIDER, H. EY, ca şi cei ai manualelor moderne de diagnostic şi statistică ale bolilor mintale pledează pentru o perioadă mai îndelungată de observare a cazului clinic, absolut necesară pronunţării diagnosticului de schizofrenie. În concepţia lui H. EY, debutul schizofreniei poate fi reprezentat prin : forme progresive şi insidioase (continuitate evolutivă a aşa-numiţilor schizotimi-schizoizi, fie pe linia schiozoidiei evolutive, fie pe cea a nevrozei preschizofrenice ; isteriforme, de tip obsesivo-fobic, neurasteniform).

Pentru cele mai frecvente tipuri de debut, şcoala românească de psihiatrie (PREDESCU) a oferit o schemă de sistematizare a tuturor caracteristicilor :

- forme acute (crizele delirant-halucinatorii acute, stările de excitaţie maniacală, stările depresive şi cele confuzionale) ;
- forme ciclice (prin „asalturi progresive“) ;
- forme monosimptomatice (debut, de obicei, medico-legal, prin acte auto- sau heteroagresive, cu un caracter vădit absurd).

Pentru a opera distincţiile dintre diferitele forme clinice ale schizofreniei, este necesară o definire generală a bolnavului schizofren, în toată devenirea sa procesuală, care, numai în mod formal, deductiv, poate fi numită „perioadă de stare“, prezentînd de fapt o distorsionare progresivă a Eului pînă la faza de regresiune infantilă (Melanie KLEIN).

● Sindromul disociativ reprezintă nucleul central în jurul căruia gravitează toate simptomele schizofreniei, el afectînd în mod global personalitatea bolnavului, dinspre planul gnoseo-intelectual, instinctiv-afectiv, spre cel comportamental. Clasificate în simptome fundamentale şi accesorii (E. BLEULER) sau de rangul I şi II (K. SCHNEIDER) sau simptome negative şi pozitive (H. EY), ele prezintă anumite atribute comune : ambivalenţa, bizareria, impenetrabilitatea si detaşarea.

Ambivalenţa conferă, simultan, caracterul de sciziune şi contradicţie tuturor proceselor gîndirii şi afectivităţii (bine şi rău, iubire şi ură, atracţie şi respingere etc.), bizareria se exhibă prin paradox şi ilogisme, impenetrabilitatea derivă din neinteligibilitatea trăirilor şi incapacitatea comunicării lor, iar detaşarea reprezintă retragerea într-o lume proprie, fără contact cu realitatea celorlalţi. Aparenta conservare a funcţiilor instrumentale ascunde, de fapt, tulburarea coeziunii şi a consistenţei psihismului („ataxia intrapsihică“ — STRANSKY), reflectată în disociaţia gîndirii, distorsiunea sistemului de comunicare, a sistemului logic, disociaţia în sfera afectivă, discordanţa în sfera comportamentului.

Atenţia şi memoria suferă o diminuare însemnată, evocările şi fixările mnezice se fac cu greutate, amneziile fiind deseori elective. Gîndirea îşi pierde ritmul firesc, încetinindu-se treptat (fading mintal — P. GUIRAUD) sau suspendîndu-se pur şi simplu (baraj mintal), inhibiţia intelectuală (Hemmung) reflectînd slăbirea clarităţii, organizării şi productivităţii ideilor.

Reflectate în expresia verbală, tulburările din sfera ideaţiei devin sesizabile în timpul conversaţiei cu bolnavul schizofren (uneori, ea însăşi imposibilă), atrăgînd atenţia asupra diagnosticului : mutism, verbigeraţie, monologuri absurde, impulsiuni verbale, vorbire „alături“. Fonetica „distonează“ prin toate caracteristicile sale (intonație, timbru, ritm, intensitate), adăugind uneori elemente noi, neobișnuite. Articularea cuvintelor ajunge uneori să ia forme bizare (telescoparea silabelor, omiterea unor vocale, dublarea lor), iar coținutul semantic capătă noi sensuri (alterate — neologisme pasive, sau nou create — neologisme active), cu un caracter marcat simbolic, ilogic, ermetic, putind atinge dezordinea totală (schizofrazia — E. KRAEPELIN). Tulburările producției grafice se direcționează în același sens (ca, de altfel, și expresiile artistice ale bolnavilor schizofreni) ca și limbajul, amprentate de același corolar de bizarerie și stranietate. Distorsiunea sistemului logic rezidă în „indiferența sa la valorile logicii" (E. BLEULER), alterarea conceptelor sincretismului gindirii și „raționalismul morbid" (MINKOWSKI), constituind un nou eșafodaj, străin de categoriile logice unanim acceptate, supus invaziilor metaforice și arhetipale simbolice, transfigurat într-un primitivism dominat de gindirea magică.

Sensul modificat al exigențelor afective, care deturnează gindirea schizofrenului spre derealizare, își are originile în dezorganizarea, scindarea vieții sale afective, dominată de aceleași atribute distorsionante de la nivelul gindirii, conform cărora sentimentele se descompun în tendințe contradictorii, atingind intensitatea paratimiei (în care se ajunge ca fiul sau fiica să-și urască proprii părinți), reacțiile afective devenind imprevizibile, uluitoare prin absența oricărei motivații logice descifrabile.

Atimhormia (DIDE și GUIRAUD), adevărată analgezie afectivă, și negativismul, reunind opoziționismul și închistarea, completează registrul tonalității afective bazale a bolnavilor schizofreni, pe fundalul căreia aberațiile vieții sexuale (masturbarea, homosexualitatea, fixarea incestuoasă etc.) și actele de auto- sau heteroagresivitate nu sînt tocmai rare.

„Demența afectivă", de care pomenea E. KRAEPELIN, reflectă pe plan afectiv echivalența procesului disociativ petrecut la nivelul gîndirii, accentuînd ruptura pe care o realizează, în final, schizofrenul de semenii săi, de lumea care-l înconjoară, în care comunicarea pe plan afectiv reprezintă o condiție esențială. Discordanța pe plan comportamental se traduce prin perturbări la nivelul mimicii, gesticii, atitudinii — de la manierisme și bizarerii, pînă la manifestările extreme ale sindromului catatonic sau ale agresivității criminale nemotivate.

Negativismul și conduitele de inerție reprezintă repere comportamentale caracteristice schizofreniei, oferind un model surprinzător prin paradoxul său, care merge de la refuz alimentar și claustrare, pînă la pasivitate și sugestibilitate paradoxală, pe fondul cărora perseverația, stereotipiile, iterația contribuie la realizarea unui efect caricatural — dramatic.

● Sindromul delirant — circumscris, conform teoriei fenomenologice a lui K. JASPERS, parametrilor de certitudine, neinfluențabilitate, incorigibilitate și imposibilitate a conținutului — se constituie ca parte componentă a tabloului schizofren, în măsura în care acesta este de tip pozitiv (în clasificarea lui H. EY). El poate lipsi sau poate fi reprezentat fragmentar (→ SCHIZOFRENIE — forme clinice propriu-zise), dar, atunci cind există, el se conjugă cu discordanța globală, constituind nucleul bolii. Nesistematizat, delirul schizofrenic este, în concepția aceluiași autor, expresia unui limbaj abstract și simbolic, imposibil de pătruns și de reconstituit (de către observator), utilizează modele ale gindirii și cunoașterii magice, fiind alcătuit din credințe și idei care generează o concepție ermetică asupra lumii.

Grup de catatonici (colecția E. Kraepelin)

Structura și succesiunea elementelor sindromului delirant au fost magistral descrise de către K. SCHNEIDER care a reușit să redea, în mod fluent și sugestiv, „schema" constituirii delirului primar, survenit în decursul procesului schizofrenic (în special forma paranoidă) : dispoziția delirantă (sentimentul unei modificări interioare sau exterioare profunde, care sporește anxietatea bolnavului, sub imboldul metamorfozelor pe care le simte ca ostile) ; interpretarea delirantă (atribuirea unor semnificații adresabilității din exterior față de propria persoană, transformarea mediului psihologic într-un cerc în care centrul este el, bolnavul schizofren) ; intuiția delirantă (conferirea, în afara oricăror percepții, unui conținut revelator și covîrșitor întregii experiențe trăite în prezent, ruptă total de cele anterioare). Delirul de influență reprezintă un paroxism în structura delirantă a bolnavului schizofren, care ajunge să nu mai fie stăpînul propriilor gînduri, al propriilor acțiuni, alte „forțe" dirijîndu-i viața interioară (fluide, aparate, telepatie, extratereștri etc.). Automatismul mintal și motor (G. de CLÉRAMBAULT) grupează pseudohalucinațiile (→ PSEUDOHALUCINAȚII, AUTOMATISM MINTAL), în jurul unor teme delirante de persecuție (distrugere, otrăvire, urmărire, gelozie etc.) sau de grandoare (erotice, de invenție, mistice).

● Sindromul de depersonalizare proiectează bolnavul schizofren într-o sferă de sticlă exterioară, din care acesta se autoanalizează și se autoobservă, „simțind", într-o măsură mai mare sau mai mică, transformările care au loc în propria ființă și care, prin tranzitivism sau apersonalizare, se răsfring asupra lumii exterioare. Integritatea și continuitatea ființei se destramă, limita între Eu și Non-Eu se dizolvă, contururile persoanei configurînd o imagine bizară, caricaturală.

● Autismul — noțiune creată de BLEULER — reflectă translatarea vieții psihice exclusiv pe planul interior, condiționată de individualizarea strictă a trăirilor și de desprinderea activă de realitate, într-o lume proprie (→ AUTISM). Pierderea reperelor spațio-temporale rezultă din „deriva" persoanei într-un ocean necunoscut și imprevizibil, în care formele își pierd configurația ce le conferă identitate, restructurîndu-se pe un recif care nu aparține nici unui continent.

— **Formele clinice (propriu-zise)** au suferit un proces de permanentă remaniere, din momentul în care au fost pentru prima oară descrise de către clasicii psihiatriei și pînă astăzi, cînd necesitățile unui „limbaj comun" în lumea psihiatrilor i-au unit pe aceștia în omogenizarea expresiei lor clinice. De la K. KRAEPELIN și E. BLEULER, KLEIST și LEONHARD, CONRAD și SNEJNEVSKI, HUBER și mulți alții, pînă la ICD 9, DSM III și DSM III R, s-a discutat delimitarea și oportunitatea distincției unor categorii clinice diferite. Formelor de schizofrenie simplă, catatonică, paranoidă, din concepția lui K. SCHNEIDER (hebefrenia fiind inclusă formei simple), li s-au adăugat pe parcurs și altele, din dorința autorilor de mai mare diversificare și perfecționare a descrierilor, dar și din necesitatea impusă de modificările suferite de tabloul clinic al schizofreniei în ultimele decenii, ca urmare a introducerii tratamentului neuroleptic standard și depozit. În ciuda acestei adevărate patomorfoze a schizofreniei (HOHLOV ș.a. — 1972), din considerente practice, de cercetare și didactice, se păstrează delimitarea formelor clinice clasice.

Spre deosebire de opiniile mai vechi, care considerau schizofrenia paranoidă modelul princeps și cu potențial evolutiv tipic, cercetările mai noi, cu deosebire cele ale școlii franceze, conferă un caracter de gravitate accentuat formelor hebefrenice și catatonice și benign celor simple și afective.

Clasificarea bolilor psihice propusă de OMS (ICD 9,1978) este meritorie în sensul că amintește practic toate formele clinice descrise pînă în prezent, dar pierde printr-o formulare destul de vagă.

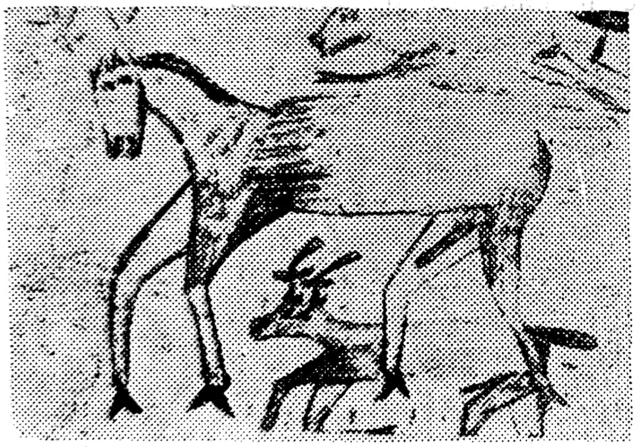
Manualele americane de diagnostic ale bolilor mintale din 1980 și 1987 (SPITZER și colab.) introduc unele modificări de terminologie („dezorganizată" este termenul folosit pentru forma hebefrenică) și clasificare, dar care nu schimbă în mod esențial concepțiile clasice.

● **Forma hebefrenică** („dezorganizată") a fost descrisă pentru prima dată de psihiatrul belgian B. A. MOREL (1860), ca „demență precoce a tinerilor", și consacrată de KAHLBAUM și HECKER (1871). Debutează în adolescență, sindromul disociativ fiind mai evident și cu implicații evolutive mai vizibile decît în celelalte forme. Vîrsta de 15—20 ani este predilectă, iar frecvența îmbolnăvirilor crește în prezența unui istoric familial încărcat. Aparenta „precocitate" (preocupări abstracte, idei de superioritate) este dublată de dificultățile școlare, diminuarea randamentului școlar, tulburări de comportament, intrarea într-o stare de „reverie", pe fondul căreia pot apărea idei delirante tranzitorii, grimase, manierisme, stereotipii și, deseori, „semnul oglinzii". Afectivitatea este săracă, netransmisibilă, reflectînd disociația schizofrenică, deseori desemnată, în acest caz, prin termenul de „nătîngie". Cronicitatea evoluției (uneori întreruptă de acutizări) conferă un caracter de gravitate acestei forme comparativ cu celelalte, sindromul deficitar nefiind practic influențat de neuroleptice. Personalitatea premorbidă indică deseori niveluri scăzute de adaptabilitate, cazuri în care diferențierea de oligofrenie obligă la o atenție sporită.

● **Forma simplă** (corespunzătoare, în nomenclatura DSM III, cu „tulburare schizoidă a personalității") a fost descrisă de DIEM, în 1903, și K. KRAEPELIN ca o sărăcire și pustiire a întregii vieți psihice, ca o „scleroză" sau „uscare" a vieții afective și sociale (H. EY), ca o ștergere a răspunsului emoțional, cu indiferență și aplatizare, cu absența voinței și a inițiativei (MAYER-GROSS).

Sindromul disociativ are o evoluţie lentă, cu evidentă scădere a nivelului personalităţii, debutul fiind insidios, cu absenţa voinţei şi iniţiativei, astenie, cenestopatii, tulburări dispoziţionale de tip depresiv, care se dovedesc a fi, mai degrabă, o aplatizare a afectivităţii, apragmatismul sexual fiind frecvent. Modificarea faţă de nivelul anterior al personalităţii este deseori evidentă numai la o analiză atentă, episoadele delirant-halucinatorii fiind de scurtă durată. Alături de forma hebefrenică (cu care se aseamănă din punctul de vedere al răspunsului terapeutic şi al sărăciei simptomatice), forma simplă conduce la stări deficitare, în care predomină sărăcirea afectivităţii, aplatizarea, tocirea afectivă, obtuzia.

● **Forma catatonică**, cunoscută sub denumirea de hebrefrenocatatonie (K. L. KAHLBAUM, 1874), asociază sindromul disociativ, comun celorlalte forme, cu sindromul catatonic sub forma sa agitată sau stuporoasă (la care unii autori adaugă pe cea periodică şi catatonismul). Sub influenţa neurolepticelor, prognosticul acestor forme a fost semnificativ ameliorat, ca şi datorită tratamentelor moderne de reechilibrare metabolică.



Desen (colecţia O. Bumke)

Tulburările psihomotorii, din cadrul negativismului, stereotipiilor, flexibilităţii ceroase, mutismului şi catalepsiei, evoluează surprinzător de favorabil (faţă de dramatismul lor clinic), dar se pot transforma uneori în tabloul caracteristic formei paranoide sau al celei hebefrenice (hebefreno-catatonie), avînd aceeaşi evoluţie.

Forma mortală (STAUDER) este astăzi rară, unele studii (GJESSING, 1947) fiind confirmate de efectul pozitiv al tiroxinei asociate cu o dietă săracă în compuşi azotaţi, ca şi în forma periodică.

● **Forma paranoidă** asociază sindromului disociativ simptomele pozitive (H. EY), productive, apărînd relativ mai tîrziu (după 30 de ani) în comparaţie cu celelalte forme clinice, dar „explodînd“ prin idei delirante de persecuţie sau gelozie, misionarism, transformare corporală, la care se adaugă halucinaţiile, tulburări în plan cenestezic. Delirul este nesistematizat, dezorganizat, fiind însoţit de tulburări corespunzătoare în planul expresiei verbale şi grafice, adăugînd, la ideile delirante primare, elemente de secundaritate şi autism, care circumscriu lumea proprie existenţei schizofrenice. Sindromul de automatism mintal Kandinski-Clérambault se desfăşoară cu predilecţie pe acest fundal, electricitatea, radiaţiile, hipnoza, emiterea de la distanţă înlocuind, în zilele noastre, emanaţiile care altădată implicau forţele supranaturale, monştrii, farmecele, transformările zoomorfe. Conservarea capacităţii de gîndire, a răspunsurilor emoţionale şi comportamentale are loc, de cele mai multe ori, într-un mod surprinzător, pentru o lungă perioadă (motivînd formularea lui E. BLEULER despre „dubla contabilitate“, dar neinfluenţînd, în final, instalarea defectualităţii postprocesuale, mai mult sau mai puţin evidente), ceea ce i-a făcut pe unii autori (M. BLEULER, 1972) să vorbească despre forme remisionale medii şi uşoare.

● **Forma cenestezică**, descrisă de J. P. HUBER (1953), sau „somato-hipocondriacă“ se instalează prin enunţarea unor tematici hipocondriace pseudonevrotice, care evoluează în intensitate pînă ating registrul delirant (alături de halucinaţiile psihomotorii), şi se stinge într-o cronicitate mai blîndă, marcată de un defect apato-abulic mai slab decît în cazul celorlalte forme.

● **Forma afectivă** asociază sindromul disociativ sau delirant cu sindromul maniacal sau depresiv, reprezentînd o formă „minoră“ pentru H. EY şi una „atipică“ sau „mixtă“, în viziunea lui MAYER-GROSS, sau o „schizomanie“, în cea a lui H. Ch. CLAUDE. Tabloul dezordinilor afective se amestecă într-un mod greu de diferenţiat, îndreptăţind denumirea de „psihoză schizo-afectivă“ (J. KASANIN, 1933). Buna remisiune (revenire la stadiul anterior al personalităţii pentru o perioadă destul de lungă, de luni, săptămîni) este caracteristică mai ales sub tratament complex (neuroleptic, antidepresiv, electroconvulsivant), ca şi în cazul psihozelor afective.

● **Forma grefată** (absentă în clasificările ICD 9, DSM III, DSM III R) este menţionată în tratatele lui MAYER-GROSS, H. EY şi V. PREDESCU, fiind preluată din descrierile clasice ale lui K. KRAEPELIN şi E. BLEULER.

Se conturează prin tabloul psihopatologic în care sindromul disociativ, într-o variantă a sa destul de săracă, se asociază unei deficiențe cognitive.

● **Forma tardivă** (de asemenea absentă în clasificarea ICD 9 și DSM III) a fost atribuită de M. BLEULER unor debuturi tardive, conservindu-se, în consecință, în mod semnificativ, nucleul personalității, ca și în cazul psihozelor de involuție sau al celor organice. Domină sindromul paranoid cu tendință de sistematizare, ceea ce a favorizat și apropierea de parafrenie (individualizată ca atare de K. KRAEPELIN) sau a determinat includerea acestei forme în categoria „schizofreniei cu factori atipici".

● **Forma oneiroidă** se prefigurează în opinia lui MAYER-GROSS (1924) și este preluată numai de autorii celebrului tratat de psihiatrie american (FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK) ca o formă care, datorită tulburărilor de tip oneiroid ale conștiinței, de scurtă durată, poate fi lesne asimilată celei paranoide.

● **Forma nediferențiată**, în concepția DSM III, se suprapune „episodului schizofrenic acut" frapînd prin polimorfismul derutant și neîncadrabil în vreun tipar cunoscut al simptomelor schizofrenice și prin cronicitatea descurajatoare.

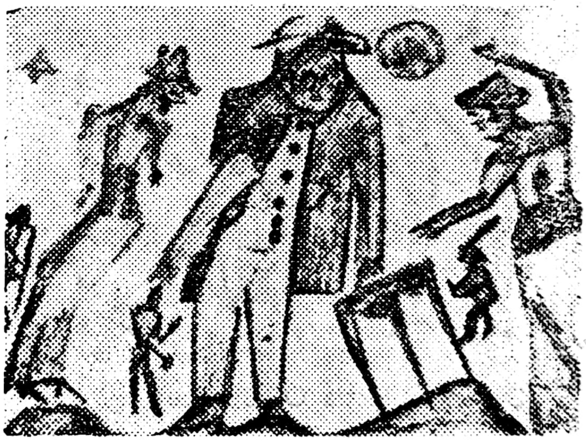
● **Forma latentă**, deși superpozabilă formei reziduale, este însă destul de larg susținută, chiar de ICD 9 care o menționează. Prezintă numai un schelet sumar și nespecific, ce sugerează doar schizofrenia, fără a o defini, echivalent în alte terminologii cu reacția schizofrenică latentă, schizofrenia limită, prepsihotică, pseudonevrotică, pseudopsihopatică (acestea din urmă, identificate cu formele de debut ale schizofreniei).

● **Forma reziduală** (acceptată de ICD 9 și DSM III) are practic același conținut clinic ca și cea anterior amintită, cu diferența că succedă, nu precedă (ca prima) un episod schizofrenic clar.

După criteriul vîrstei, schizofrenia îmbracă la copil unele forme specifice (autismul infantil — KANNER), dar și altele, asemănătoare celor ale adultului („demența precoce", schizofrenia adolescentului și tînărului), iar în etapa preseniumului și seniumului se descrie (M. BLEULER) o formă tardivă de schizofrenie.

● **Schizofrenia copilului și a adolescentului** își definește astăzi cadrul clinic din direcțiile reprezentate de extensia sau limitarea conceptului general de schizofrenie, partida fiind cîștigată de cei care adoptă conceptul de „psihoză infantilă" sau de „Pervasive Developmental Disorder". Psihiatrii ruși fixează vîrsta de 10 ani pentru a putea pune diagnosticul de schizofrenie, fiind semnificativă cifra de 1—5‰, care indică debutul bolii adulților în copilărie ; prevalența generală se situează la 3—$4^0/_{00}$, între 5—15 ani. Particularitățile dezvoltării cognitive, ale experienței insuficiente de viață, ale limitei între real și imaginar conferă simptomatologiei clinice un grad mai estompat, deseori greu de diferențiat de defectualitatea care poate coexista la micii bolnavi.

În afara formelor clinice asemănătoare cu cele ale adultului, formele specific infantile, asupra cărora nu există încă o opinie unitară, sînt : forma autistă (la preșcolari și antepreșcolari) caracterizată prin : apariția după o dezvoltare psihomotorie normală, absența semnelor de organicitate, antecedente familiale pozitive pentru schizofrenie, disfuncționalități motorii, crize de anxietate, fobii, obsesii, fragmente halucinatorii, incoerență ideativă, evoluție progredientă ; forma infantilă are aceleași caracteristici la debut, care este chiar mai insidios, cu scăderea interesului pentru activitatea școlară, sau pentru grupul de colegi, izolare, solilocvie, crize de anxietate, stereotipii, ritualuri, manierisme, bizarerie. În ambele cazuri, organicitatea a fost exclusă prin investigațiile paraclinice, ca și tulburările cu caracter fluctuant, prezente la personalitatea dizarmonică de tip schizoid.



Desen (colecția O. Bumke)

Simptomatologia somatică în schizofrenie este prezentă, de obicei, în planul secund al tabloului clinic, dar uneori poate trece pe același plan, prin gravitatea tulburărilor metabolice care influențează negativ asupra prognosticului bolii. E. BLEULER a descris două categorii de simptome : simptome secundare tulburărilor comportamentale și fenomene vegetative care însoțesc tensiunea emoțională. Lipsa de specificitate a semnelor pe plan somatic, în ciuda numeroaselor observații clinice de mare finețe ale psihiatrilor, din ultimele decemii, încercările nereuşite de a găsi corelaţii etiopatogenice sînt astăzi de necontestat. Cunoaşterea simptomelor somatice este însă extrem de importantă pentru clinician, iar corectarea lor (prin măsuri simptomatice) este necesară ; la acestea se adaugă modificările induse de tratamentul cu psihotrope.

Investigaţiile psihologice în schizofrenie urmăresc, în afara obiectivelor generale ale testării psihologice, evaluarea funcţionalităţii cognitive şi structural-dinamice a personalităţii. Ele sînt un adjuvant preţios al examenului psihiatric, în special în perioada de debut şi în cea de remisiune, creînd posibilitatea evaluării personalităţii, în perspectiva aplicării unei anumite tehnici de psihoterapie. Inteligenţa sau capacităţile operaţional-logice pot fi investigate prin bateria de inteligenţă Wechsler (WAIS) şi cea a lui Raven, rezultatele bolnavilor schizofreni fiind în strînsă dependenţă de nivelul lor intelectual şi de instruire anterior bolii (în general, bun şi foarte bun), ca şi de intensitatea procesului disociativ, de gradul de defectualitate.

Personalitatea este investigată prin două modalităţi : chestionare de personalitate (Minnesota-MMPI) sau probe proiective (Rorschach, Szondi, TAT, testul arborelui, testul persoanei), mai ales acestea din urmă avînd avantajul relevării în profunzime şi în perspectivă a personalităţii bolnavului.

Investigaţiile paraclinice au constituit, în ultimele decenii, obiectivul numeroaselor încercări pe care medicii, biochimiştii au căutat să le fructifice prin rezultate care, obţinute din dozarea „a tot ce se poate" din sîngele, urina şi LCR-ul bolnavilor de schizofrenie, să poată oferi indicii etiopatogenice de diagnostic sau, cel puţin, de prognostic. Treptat, speranţele reflectării tulburărilor psihocomportamentale din schizofrenie în analiza umorilor organismului, în înregistrările activităţii bioelectrice a creierului sau în vizualizarea sistemului ventricular nu au fost confirmate, cercetări atente evidenţiind nespecificitatea rezultatelor. Progresele ştiinţei şi tehnologiei (tomograful cu rezonanţă magnetică) deschid însă, astăzi, noi perspective, datele recente privind modificările la vizualizarea SNC pe porţiuni urmînd a fi confirmate în viitor. Avînd valoare mai ales în diagnosticul diferenţial al unor afecţiuni organice cerebrale faţă de schizofrenie, investigaţiile paraclinice constituie, în unele cazuri, un sprijin preţios pentru psihiatru.

Anatomia patologică, în ciuda minuţioaselor studii pe care le-a realizat, în special cele de histopatologie, nu a reuşit nici ea să ofere modelul vreunei leziuni specifice, responsabile de etiopatogenia schizofreniei. Nici volumul şi greutatea creierului, nici modificările neuronale din diferitele straturi ale cortexului sau din nucleul talamic, nici alte alterări structurale ale celulei nervoase nu au putut oferi argumente suficiente şi convingătoare pentru apariţia bolii.

● DIAGNOSTIC POZITIV : este mai dificil de stabilit, mai ales în perioada de debut a formelor insidioase, de tip pseudopsihopatic, pseudonevrotic şi afectiv ; în perioada de stare, diagnosticul se fundamentează prin coroborarea semnelor cardinale de disociaţie, depersonalizare şi autism, care pot fi însoţite sau nu de halucinaţii şi delir. Date fiind complexitatea simptomatologiei schizofreniei, ponderea şi gravitatea pe care le implică diagnosticul, măsurile terapeutice şi consecinţele socio-economice antrenate de diagnostic, s-au elaborat, de-a lungul timpului, scheme de diagnostic, constituite din serii de criterii, avînd scopul de a creşte precizia elaborării acestuia. Menţionînd că nici una dintre aceste scheme nu are valoare absolută, le vom enumera succint pe cele mai cunoscute :

● E. BLEULER a descris simptome specifice, care sînt constant prezente (delirul primar, ambivalenţa, autismul, detaşarea), şi simptome accesorii, nespecifice, a căror prezenţă nu este absolut necesară şi care nu au valoare diagnostică decît în cazurile de asociere cu cele dintîi (deliruri, halucinaţii, tulburări de aspect catatonic).

● K. SCHNEIDER enumeră 11 simptome de rang I şi trei simptome de rang II, dar sistematizarea sa este deficitară, prin includerea unor simptome nespecifice şi neobligatorii ca suficiente pentru diagnosticarea schizofreniei.

● MAYER-GROSS delimitează şase grupe de simptome primare de rang I, în care include disociaţia la nivelul gîndirii, delirul primar, sindromul de automatism mintal, aplatizarea şi obtuzia afectivă, şi două criterii accesorii de rang II, ce se referă la calitatea contactului bolnavului cu ambianţa şi la neconcordanţa dintre conţinutul ideoafectiv şi cel al mimicii şi actelor motorii ale subiectului.

● H. EY consideră că schizofrenia se constituie ca un ansamblu a două categorii de simptome : negative (deficitare), de origine organică, constituind sindromul disociativ, şi pozitive, de origine psihică.

Stabilirea diagnosticului pozitiv al schizofreniei nu beneficiază, pînă în prezent, de „sprijinul" semnelor somatice sau paraclinice patognomonice.

Examenul clinic trebuie să fie completat cu examinarea psihologică, ancheta socială detaliată, care pot aduce un plus de informații, utile pentru diagnostic.

● DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL : comportă dificultăți, mai ales în perioada de debut a bolii, cînd se face cu aproape toate entitățile psihopatologice. Pe măsură ce tabloul simptomatologic disociativ se conturează, dificultățile de diagnostic se atenuează. Multe dintre tulburările perioadei adolescenței pot avea o „coloratură schizofreniformă" : exaltare, preocupare pentru idealismul abstract, modificări bruște ale dispoziției, introspecții, reverie — sînt tulburări care pot caracteriza „criza de adolescență", dar care pot constitui și debutul unei psihoze discordante. Prezența disociației este singurul criteriu valabil pentru diagnosticarea schizofreniei la această vîrstă biologică critică.

G. LANGFELDT a fost primul care a încercat o diferențiere a schizofreniei de psihozele schizoforme cu etiologii organice distincte (encefalita epidemică, PGP, toxicomania amfetaminică, intoxicația cu oxid de carbon, coreea Huntington, scleroza multiplă, epilepsia, TCC) prin următoarea simptomatologie : aspectul personalității premorbide, debut acut cu obnubilare a funcțiilor senzoriale în psihozele schizoforme, coloratură depresivă, isterică sau paranoiacă, precum și manifestarea comprehensibilă a acestora. De o certă valoare sînt și examenele somatic, neurologic, EEG, PEG și analiza LCR.

Diferențierea schizofreniei de reacțiile psihotice este posibilă datorită comprehensibilității simptomatologiei acestora, legăturii cronologice cu un eveniment traumatizant și atenuării lor în timp.

Dintre psihozele delirante cronice, în primul rînd parafrenia ridică probleme de diagnostic diferențial ; însă, în cadrul acestei boli, contactul cu realul este păstrat și debutul este tardiv, la o personalitate bine consolidată, iar delirul este sistematizat. Absența disociației diferențiază paranoia de schizofrenie, ca și sistematizarea delirului, lupta stenică a subiectului de a-și impune ideile delirante. Psihozele uni- și bipolare, cu fazele lor depresive și maniacale, sînt entități frecvent implicate în diagnosticul diferențial al schizofreniilor cu o coloratură depresivă sau maniacală. În schizofrenie, depresia sau mania sînt „șterse", nu au polaritatea netă, sînt mai puțin „transmisibile" și mai puțin convingătoare, din cauza dificultății de stabilire a contactului interpersonal, adăugîndu-se discordanța în sfera mimicii și a comportamentului.

Formele paranoide ale schizofreniei trebuie să fie diferențiate și de halucinoza alcoolică prin : datele anamnestice (care semnalează consumul de alcool), examenul somatic și neurologic (care evidențiază semnele de impregnare etilică), lipsa automatismului mintal, predominanța halucinațiilor verbale (în care „voci" comentează la persoana a III-a comportamentul subiectului).

Desen (colecția V. Ghiliarovski)

Diferențierea de sindroamele nevrotice de tip obsesivo-fobic, isteric, neurastenic este necesară, mai ales în fazele de debut ale schizofreniei. Păstrarea integrității Eului, ancorarea persoanei în realitate, prezența evenimentului psihogen și absența fenomenelor productive conduc la diagnosticul de nevroză.

În ceea ce privește decompensările psihotice ale personalităților dizarmonice, diagnosticul diferențial al acestor afecțiuni cu schizofrenia este relativ facilitat de datele anamnestice, care relevă caracterele dizarmoniei structurale, prezența factorilor psihogeni, care au declanșat simptomatologia, evoluția de scurtă durată și, mai ales, nealterarea nucleului personalității, cu revenirea la statutul anterior decompensării psihotice.

● INTRICĂRI PATOLOGICE în schizofrenie. Observaţii privind asocierea schizofreniei cu alte boli psihice s-au fundamentat, în timp, atît din raţiuni practice, de tratament, dar şi din raţiuni teoretice, privind etiopatogeneza.

Oportunitatea menţinerii unei forme distincte de schizofrenie, evoluînd pe fondul oligofreniei, rămîne încă în centrul controverselor, din cauza impreciziei momentului instalării deficitului psihic (cu excepţia debuturilor clare, după pubertate). În privinţa tulburărilor psihice cu substrat organic demonstrat (epilepsia, traumatismele craniocerebrale, infecţiile cerebrale, intoxicaţiile, alcoolismul etc.), asemănările lor clinice cu schizofrenia au fost de mult sesizate, dar fără a se putea stabili o relaţie determinantă, ci, în cel mai bun caz, una favorizantă. Fondul organic evolutiv nu exclude instalarea unei schizofrenii, dar există frecvent tendinţa ca, sub „umbrela“ acestei forme clinice tardive, să fie incluse mai multe entităţi, cu particularităţi clinico-evolutive diferite (psihozele paranoide de involuţie, parafrenia, şcoala românească de psihiatrie—V. PREDESCU şi colab. — susţinînd, în aceste cazuri, prezenţa constantă a factorului vascular sau involutiv cerebral).

Asocierea schizofreniei cu perioada gravidităţii şi a postpartumului este considerată astăzi nu ca o consecinţă directă a acţiunii modificărilor hormonale asupra psihismului, ci ca o „ocazie“ pe care o oferă această etapă biologică din viaţa femeii, debutului unor schizofrenii.

Entităţile nevrotice sînt vizate, din punctul de vedere al relaţiei cu schizofrenia, pe linia isterică (glisarea fenomenelor nevrotice către cele psihotice fiind însă dubitabilă) şi pe linia obsesivo-fobică (formă de debut unanim recunoscută).

● METODE TERAPEUTICE în schizofrenie.

Sînt la fel de vechi ca şi boala însăşi, varietatea metodelor cuprinzînd tot arsenalul mijloacelor de care dispunea societatea în etapa respectivă de dezvoltare. Concomitent cu acestea, s-a modificat şi atitudinea faţă de bolnavul psihic, al cărui statut a evoluat direct proporţional cu demnitatea, blîndeţea şi gradul de înţelegere ale fiinţei umane.

Se poate vorbi despre terapie biologică în schizofrenie de-abia după cel de-al doilea deceniu al secolului nostru, cînd şi-au făcut apariţia hipnoticele, sedativele (bromuri, barbiturice), hidroterapia, malarioterapia, administrarea hormonului tiroidian şi a altora.

În 1933 începe epoca tratamentelor de şoc, inaugurată de aplicarea comelor insulinice la bolnavii schizofreni — metodă laborioasă şi periculoasă, practic abandonată astăzi, ca şi cea cu barbiturice. Camforul, metrazolul, histamina, acetilcolina au fost mijloacele chimice prin care se provocau crize convulsive bolnavilor de schizofrenie. Metoda s-a bazat pe observaţiile clinice care atestau efectul benefic al acestor crize la bolnavii ce asociau simptomelor psihotice crize convulsive şi s-a aplicat pînă în 1938, cînd BINI şi CERLETTI inaugurează terapia electroconvulsivantă.

Psihochirurgia, iniţiată de E. MONIZ, în 1935, nu şi-a dovedit viabilitatea terapeutică în schizofrenie, devenind o metodă practic abandonată astăzi.

Descoperirile epocale ale lui DELAY şi DENIKER, de la mijlocul secolului nostru, privind clorpromazina au revoluţionat psihiatria, implicit şi tratamentul schizofreniei, cea mai gravă boală cu care se confruntă slujitorii acestei specialităţi medicale. Deşi fenotiazina se descoperise în secolul trecut, ea era utilizată ca agent antimicrobian; derivaţii de Rauwolfia, folosiţi în India, pătrund în Europa în 1940 ; prometazina se folosea pentru calităţile ei antihistaminice. Neurolepticele vor cunoaşte un succes nedezminţit nici pînă azi în terapia schizofreniei, în care clorpromazinei (capul de serie) i-a revenit primul rol. Acţiunea de reducere a agitaţiei şi tensiunii psihice, a halucinaţiilor şi ideilor delirante, mărirea intervalelor dintre episoadele psihotice şi profilaxia lor — observate după administrarea clorpromazinei la bolnavii schizofreni — au impulsionat interesul cercetătorilor pentru a găsi noi neuroleptice şi au deschis poarta către o posibilă abordare etiopatogenică a bolii. Astfel, se naşte prima ipoteză dopaminergică (CARLSSON şi LINDQUIST, 1963), ale cărei premise s-au îmbogăţit continuu în ultimele două decenii, fără a se putea totuşi afirma clarificarea, pînă în prezent, a mecanismului patogenic al schizofreniei.

Descrierea, în 1980 (T. CROW), a două tipuri de schizofrenie, în funcţie de participarea diferenţiată a sistemului dopaminergic, şi deci, de răspunsul la terapia cu neuroleptice, se bazează pe prezenţa, în plan clinic, a semnelor „pozitive“, pe absenţa tulburărilor cognitive (răspuns favorabil) şi pe prezenţa simptomelor „negative“ şi a tulburărilor cognitive (răspuns nefavorabil, evoluţie ireversibilă). MELTZER (1985) combate această prea riguroasă clasificare, pledînd pentru tratamentul cu neuroleptice şi în cea de a doua formă, semnele negative ale acesteia fiind interpretate ca o consecinţă a unei evoluţii mai îndelungate a bolii.

În viziunea lui FRIEDHOFF (1985), neurolepticele ar corecta dereglările apărute în sistemul dopaminic complex, de la nivelul întregului creier sau numai în anumite zone ale sale, avînd efect antipsihotic, stabilizator fiziologic.

Cercetările asupra răspunsului tireotropinic (LANGER, 1986) au indicat o scădere a acestuia la schizofreni și corelații pozitive cu efectul neurolepticelor și cu cel de atenuare sau dispariție a tulburărilor psihotice.

Cîștigînd vertiginos teren, neurolepticele și-au dovedit pe deplin eficacitatea (deși nefundamentată teoretic), prin beneficiile aduse sănătății mintale. Studii serioase au demonstrat clar și fără putință de tăgadă că nivelul și durata remisiunilor în schizofrenie erau net superioare la schizofrenii care făceau tratament cu neuroleptice, față de cei la care terapia era absentă.

Fiind, deocamdată, cea mai activă metodă pe plan biologic, terapia neuroleptică nu poate fi astăzi ignorată în tratarea oricărei forme de schizofrenie, necesitînd nuanțări în funcție de fiecare caz în parte (contraindicații, predominanța semnelor pozitive/negative, intervenție imediată sau faza de întreținere, complianța etc.). Experiența psihiatrilor este astăzi bogată în ceea ce privește tratamentul cu neuroleptice în schizofrenie. Nimeni nu mai poate nega această realitate, ba, mai mult, eforturile cercetătorilor și clinicienilor europeni și americani s-au unit în încercarea de a stabili o conduită cît mai adecvată, un set de principii general valabile și cu caracter practic, concret : prudența și păstrarea unui interval de observație înainte de începerea oricărei terapii cu NL (HIRSCH, 1982) ; intervenția promptă în cazurile acute, inițial, pe cale parenterală, apoi, progresiv, pe cea orală, cu adecvarea dozelor ; administrarea unei doze standardizate de neuroleptic ; neuroleptizare progresivă pentru evitarea producerii brutale a efectelor secundare și a scăderii complianței tratamentului ; doze multiple în faza acută, doză unică (pe cît posibil) în faza de întreținere ; necesitatea unui examen neurologic, somatic, a unor explorări paraclinice (hemoleucogramă, enzimele hepatice, echilibrul hidroelectrolitic, glicemia, EEG, EKG), înaintea instituirii tratamentului cu NL.

S-au conturat și unele opinii privind diversele încercări făcute de-a lungul timpului în legătură cu : forma de administrare (preferința pentru tratamentul oral, pe cît posibil, cu evitarea administrării intravenoase) ; neacreditarea superiorității metodei de administrare de la început a preparatelor depôt ; inutilitatea și chiar periculozitatea folosirii unor megadoze de neuroleptic ; căutarea unei doze optime, mai degrabă decît o neuroleptizare rapidă ; preferință pentru monoterapie neuroleptică.

D. Hoffman în rolul Charlie (filmul Rain Man)

Studiile clinice recente se îndreaptă către abordări diferențiate ale celor două grupe de simptome, pozitive și negative, asupra cărora diversele neuroleptice acționează diferit (de exemplu, Sulpiridul, Clozapinul și Pimozidul influențează predominant simptomatologia negativă, deosebindu-se mult în acest sens de butirofenone și fenotiazine).

Acțiunea sedativă a neurolepticelor pare a fi nespecifică, probabil prin intermediul activității alfa-adrenergice și antihistaminice. Acțiunea lor antidepresivă este caracteristică numai unor preparate (Pimozid, Sulpirid, Clorprotixen, Levomepromazin, Tioridazin, Dixirazin).

Se impune, de asemenea, o bună cunoaștere a gamei de efecte nedorite ale neurolepticelor, manevrarea posibilităților de combatere a lor, alături de capacitatea medicului de a oferi bolnavului argumente destul de puternice în favoarea acceptării instituirii tratamentului, cu toate eventualele sale efecte secundare. Cazurile nepretabile la tratament neuroleptic sînt astăzi destul de rare (prezența contraindicațiilor, complianța scăzută etc.), medicina fiind capabilă să stăpînească, în mare măsură, complicațiile care erau de temut în trecut (diskineziile acute și tardive, sindromul malign).

Efectul terapiei îndelungate cu NL s-a dovedit mult superior absenței sale : 10—20% din bolnavi nu au avut recăderi, 30—40% au făcut recăderi mult mai ușoare decît episoadele anterioare. În ceea ce privește durata continuării acestei terapii, diferiți autori stabilesc termene mai largi sau mai restrînse, dar sînt unanim de acord în privința unui tratament susținut cel puțin 12—18 luni după primul episod, adaptat fiecărei forme de schizofrenie în parte și, mai ales, fiecărui bolnav în parte.

În sprijinul terapiei biologice vin și formele terapiei analitice, în ciuda dificultăților pe care le au de întîmpinat în cazul pacienților schizofreni (etiologia incertă a bolii, perioada de acțiune a factorilor patogeni, regresia profundă, datorată bolii, care îngreunează masiv relația terapeutică, manifestarea pulsiunii morții, conflictualitatea intrafamilială puternică și latentă, automatisme profunde, cronicitatea evoluției).

Obiectivele terapiei analitice se conturează în direcția conștientizării istoriei personale și a unei noi structurări a identității sexuale și afective, precum și a libertății relaționale, urmărind refacerea integrității unui Eu disociat și fragmentat. Cura analitică individuală sau psihanaliza de grup se pot practica în unități spitalicești sau ambulatorii, dar utilizarea lor în cazul schizofreniei ridică destul de multe probleme, din cauza accesibilității reduse sau chiar inaccesibilității acestor bolnavi la demersul analitic.

• EVOLUȚIE, PROGNOSTIC, RECUPERARE. Conceptul recuperării bolnavului schizofren a înregistrat o evoluție în același sens, chiar dacă nu totdeauna perfect paralelă, cu progresul realizat pe planul terapiei biologice, al terapiilor psihologice și sociale, cu perfecționarea metodelor de cercetare epidemiologică.

Conturarea modelului multidimensional al schizofreniei a permis evidențierea locurilor de acțiune ale echipei medico-psihologice în structura și în relațiile funcționale care îl caracterizează. Cercetările psihosociologice și clinice au pus în valoare, fără putință de tăgadă, influența pe care o are statutul social asupra simptomatologiei, alături de factorii biologici și cei de mediu, ceea ce a deplasat, în mod marcat, accentul din planul recuperator în schizofrenie, spre binomul terapie biologică — integrare socială.

Exagerarea celor două extreme, prin „medicalizarea“ sau „sociologizarea“ strategiei recuperatorii la bolnavii schizofreni, a condus la crearea unor controverse care s-au finalizat, astăzi, printr-o atitudine aproape unanimă a psihiatrilor în favoarea unei moderații optimizante și flexibile. Au fost întreprinse studii longitudinale asupra modului de evoluție a bolnavilor de schizofrenie și s-au analizat factorii care țin de rolul familiei și al instituțiilor de asistență psihiatrică în recuperarea acestor bolnavi, la care cronicitatea este implicată într-o pondere majoritară.

Supra- sau substimularea socială, lipsa unui control adecvat al nivelului emoțional al pacientului care a suferit unul sau mai multe episoade schizofrenice acute par a fi cauzele cele mai importante în apariția recăderilor, atitudinea familială fiind factorul de prim plan (M. BLEULER, HALEY, KENNEDY, BROWN și BIRLEY, LEFF, VAUGHN ș.a.).

Dimensiunile handicapului social al bolnavului schizofren au fost puse în relație cu tipul de simptomatologie clinică („pozitivă“ și „negativă“, aceasta din urmă grevînd asupra posibilității recuperatorii), cu eventuala prezență a altor boli somatice sau alterări senzorial-motorii, cu gradul de toleranță al familiei și al colectivului de muncă, durata spitalizării, momentul instituirii tratamentului cu neuroleptice și corectitudinea menținerii sale pe o durată îndelungată. În ceea ce privește durata spitalizării, cu excepția cazurilor de debut, care necesită internări pe un timp ce se măsoară cu lunile, majoritatea opiniilor converg către perioade scurte, unii pacienți putînd beneficia de condițiile ambulatorii, chiar de la începutul tratamentului (simptome „pozitive“ reduse). S-au făcut chiar aprecieri asupra slabei semnificații pe care o are durata internării pentru calitatea recuperării (CATON, 1982), în favoarea ponderii adecvării tratamentului și a relațiilor bolnavului în comunitate.

Se subliniază, de asemenea, importanța pe care o are spitalul în perpetuarea rolului de handicapat în cazul bolnavului schizofren, dar și dificultățile de relaționare ale acestuia, de asumare a rolului social, odată cu externarea din spațiul instituționalizat. Unităților de asistență semiambulatorie le revine sarcina exercitării unor funcții „tampon“ între stadiul acut al bolii și cel al reinserției bolnavului în mediul familial și socio-profesional. Prin intermediul dispensarizării active a tuturor acestor pacienți, al căror grad de remisiune este diferit și ai căror parametri de funcționare în familie și la loculde muncă prezintă, practic, un caracter infinit de variabilitate individuală, serviciile ambulatorii au responsabilitatea principală în asigurarea nivelului funcțional maxim al bolnavului, la potențialul său actual. Nu este suficient numai tratamentul cu neuroleptice, după cum nici terapiile psihosociale exclusiv nu pot asigura o bună recuperare în schizofrenie.

Un tratament biologic bine condus și individualizat, pe termen lung, alături de modalitățile psihoterapeutice cu specific psihosocial vor putea concura la evitarea recăderilor, facilitarea convețuirii sociale și dobîndirea unui mai mare grad de independență. Pe acest fundal, terapiile familiale şi-au acreditat, în ultimul timp, valoarea deosebită în strategiile recuperatorii ale bolnavilor schizofreni, punînd accentul pe aspectele educaţionale, care vizează atît pacientul, cît şi pe membrii familiei acestuia, în ceea ce priveşte simptomatologia şi posibilele modalităţi de abordare terapeutică (creşterea complianţei faţă de tratamentul neuroleptic, controlul expresiei emoţionale şi al rezistenţei).

Schizofrenie hebefrenică (colecţia V. Ghiliarovski)

În recuperarea bolnavilor schizofreni, terapiile de grup ocupă un rol important, metodele suportive şi comportamentale vizînd învăţarea deprinderilor sociale. Concepute într-o manieră înalt structurată, aceste metode includ şi avantajele psihoterapiei tradiţionale de grup (relaţii nestructurate şi spontane în desfăşurarea procesului de învăţare). Ele sînt indicate numai după obţinerea ştergerii sau dispariţiei simptomatologiei „pozitive“ şi sînt aplicabile în condiţii de ambulator.

O recuperare eficientă a acestor bolnavi, însemnînd o inserţie socială adecvată potenţialului lor restrîns, necesită un volum mare de efort, susţinut constant, pentru o lungă perioadă, implicate fiind atît resursele biologice ale pacientului, cît şi nivelul de dezvoltare a asistenţei medicale şi sociale.

Realitatea optimizantă a rezultatelor din ultimele decenii impune susţinerea continuităţii şi perfecţionării metodologiei planurilor de recuperare în schizofrenie, ca ofensivă posibilă şi încurajatoare în lupta împotriva cronicităţii bolii.

Evoluţia simptomatologiei în schizofrenie a suscitat, de-a lungul timpului, ca şi aspectele legate de diagnostic, diverse opinii privind criteriile de evaluare (clinice, sociale, funcţionale, de recuperare socio-profesională etc.).

Studiile întreprinse în anii '60, avînd la bază criteriologia lui M. BLEULER sau a lui K. SCHNEIDER, au arătat că o pătrime din bolnavii de schizofrenie se vindecă, o jumătate evoluează favorabil, iar o pătrime prezintă agravări progresive. Pe de altă parte, formele de debut acut se vindecă total sau cu un deficit minor, cele cu debut insidios evoluează nefavorabil sau cu un grad important de defectualitate.

Aplicarea medicaţiei neuroleptice a adus schimbări importante în evoluţia şi prognosticul bolii, studii recente (H. J. MÜLLER şi colab. 1982; D. WATT şi colab., 1983; T. KOLAKOWSKA şi colab., 1985) evidenţiind rolul favorabil al prezenţei simptomatologiei „pozitive“ şi de tip afectiv, frecvenţa scăzută a simptomatologiei psihotice intraaccesuale sub tratament, atenuarea defectului după fiecare dintre episoadele ulterioare.

Un studiu românesc (1986) relevă că doar o pătrime din bolnavii schizofreni, aparţinînd populaţiei active, sînt pensionari (rolul negativ al vîrstei tinere la debut), boala ocupînd 26,8% în cadrul afecţiunilor psihice invalidante. Din aceleaşi studii reiese influenţa pozitivă a calităţii integrării socio-profesionale asupra prognosticului bolii.

Studiile complexe, pe o durată de 30 de ani (Mac GLASHAN, 1986), pe 163 bolnavi, păstrînd criterii sistematice de diagnostic, au indicat o predominanţă a incapacităţii permanente (41%), marginalizare (23%), o evoluţie bună (8%), vindecare (6%), sinuciderile şi decesele reprezentînd 15%.

Locurile extreme în ierarhia prognosticului nu mai sînt ocupate în prezent de catatonie (prognosticul cel mai bun) şi hebefrenie (prognosticul cel mai grav), ca pe vremea lui K. KRAEPELIN şi E. BLEULER. Schizofrenia catatonică şi paranoidă răspund bine la tratament, cea hebefrenică se poate remite, după o perioadă mai îndelungată, dar forma simplă este puţin sensibilă la mijloacele terapeutice actuale.

Factorii care influenţează pozitiv prognosticul, după observaţiile diverşilor autori, sînt: debutul acut, la o vîrstă ridicată, prezenţa sindromului confuzional la debut, prezenţa patologiei depresive şi absenţa celei schizofrene în familie, „personalitate nonschizoidă, prezența simptomelor afective în tablou, declanșarea aparent psihogenă, statutul marital.

H. J. MÜLLER (1982) incriminează ca factori negativi și contribuția gradului de integrare socio-profesională în anul care a precedat internarea, existența unui defect psihopatologic important la externare, iar Mac GLASHAN (1986) alătură factorilor ereditari recunoscuți incapacitatea de a percepe realitatea. J. CUTTING (1986) accentuează importanța factorului timp : durata prelungită a episodului acut și întîrzierea aplicării tratamentului cu neuroleptice înrăutățesc prognosticul, ca și prezența oricărei tulburări premorbide, izolarea socială.

Se apreciază (H. LEHMAN și R. CRANS) că, în urma spitalizării, în 70% din cazuri are loc remisia simptomatologiei (în circa 3 luni), dar sînt încă multe cazuri cu perioade de remisie de o durată ce depășește un an și chiar 5 ani. Defectualitatea, prezentă la 30% din bolnavi, nu-i împiedică pe aceștia să continue să trăiască în comunitate, cu unele întreruperi, iar spitalizările continue nu sînt necesare decît la 10% din pacienți.

schizofrenia a fost considerată, cel mai adesea, o formă de posesiune demonică, fiind supusă unui „tratament" corespunzător obscurantismului vremii. Eforturile de clasificare și descriere, începute la sfîrșitul secolului al XVIII-lea, au condus, în secolul al XIX-lea, la o serie de descrieri simptomatice, clasificări și delimitări, care însă nu își vor găsi împlinirea decît în sinteza nosologică kraepeliană.

J. E. ESQUIROL a descris halucinațiile și monomania, iar H. NEWMAN a introdus termenul de remisie cu defect. J. GUISLAIN, K. L. KAHLBAUM și ARNOT au descris relațiile dintre psihoze, iar B. A. MOREL a descris termenul de demență precoce.

MOREL făcuse deja o primă descriere a bolii în studiile sale clinice (1851), lucrarea sa „Traité de maladies mentales" impunînd, un deceniu mai tîrziu, conceptul de demență precoce, denumire care sublinia asemănarea aparentă cu simptomatologia demențelor adultului („slăbiciunea mintală"), dar fără a se putea demonstra etiologia organică.

TABEL CXXXIV

Istoria clasificării delirantilor cronici (după H. EY)

Masa delirantilor cronici	*Sec. al XIX-lea*	*KRAEPELIN*	*Școala franceză*	*Orientări actuale*
Deliranți evoluînd spre destructurare	Delir cronic evolutiv (tip Lasègue, Falret, Magnan)	Forme paranoide ale demenței precoce Parafrenii sistematice și fantasmatice	Schizofrenia	Schizofrenia
Deliranți fantastici fără dezagregare	Monomanii	Parafrenii confabulatorii și expansive	Delir de imaginație	
Deliranți sistematici		Paranoia	Delir de interpretare	Paranoia

106. **SCHIZOFRENIE — dezvoltarea istorică a conceptului** ● Cele mai vechi descrieri a ceea ce astăzi numim schizofrenie apar încă din scrierile sanscrite din secolul al XV-lea î.e.n. Școala hipocratică (secolul al V-lea î.e.n.) a semnalat aceste simptome sub numele de „demență" și a reușit chiar să le deosebească de manie și melancolie. În evul mediu,

În 1863, K. L. KAHLBAUM a descris „parafrenia hebetică", demență de tip special, apărută la pubertate. Ideile lui vor fi continuate de elevul său HECKER, care descrie această boală (1871) sub numele de „hebefrenie", caracterizînd-o prin tulburări ale comunicării, manierisme și evoluție spre scădere intelectuală.

Trei ani mai tîrziu, el descria sub numele de „Spannungsirresein", o afecțiune cu caracter ciclic, care i se părea că trece succesiv prin melancolie, stupiditate și demență, dominată de tulburări de expresie psihomotorie: schizofrenia catatonică în terminologia actuală.

TABEL CXXXV

Etape ale dezvoltării conceptului de schizofrenie

Hebefrenia 1870 (HECKER)	Catatonia 1868 (KAHLBAUM)		Stări paranoide 1868 (SANDER)	Demența precoce 1860 (MOREL)
	Stuporoasă	Agitată		

E. KRAEPELIN este cel care a reunit diversele tablouri clinice sub numele de „dementia praecox", concept pe care l-a îmbunătățit succesiv în cele opt ediții ale tratatului său, publicat în timpul vieții (1883—1913). Ediția a șasea (1899) este cea în care autorul face distincția clară între „dementia praecox", afecțiune autonomă, al cărei criteriu fundamental este „Verblödung-ul" (slăbirea demențială), ducînd spre deteriorare, și psihozele maniaco-depresive, a căror evoluție, cu exacerbări și remisiuni, nu conduce (în opinia sa) spre stări deteriorative. De remarcat că demența precoce era plasată în clasificarea lui KRAEPELIN în grupa „bolilor dobîndite" și a tulburărilor de nutriție.

TABEL CXXXVI

„Dementia praecox"

(1896 — KRAEPELIN)

Grupa schizofreniilor (BLEULER, 1911)				*Parafrenia* (KRAEPELIN, 1912)	
Simplă, 1911 BLEULER	Stările oneiroide, 1923 MAYER-GROSS	Boala schizo-afectivă, 1933 KAZANIN	Schizofrenia pseudonevrotică, 1949 HOCH-POLATIN	Confabulatorie	Sistematică
Boli schizofreniforme, 1939 LANGFELDT	Schizofrenii atipice, 1960 LEONHARD	Spectrul schizofreniei, 1975 KETY și colab.			

Tot KRAEPELIN a subliniat caracterul „mai mult afectiv decît intelectual" al slăbiciunii demențiale și, în ediția a VII-a, a împărțit demența precoce în nouă subgrupe : simplă, hebefrenică, catatonică, delirantă, agitată, paranoidă ușoară, paranoidă gravă, cu confuzie, cu tulburări de limbaj, aceste disocieri reprezentînd prima clasificare a formelor clinice în cazul acestei boli.

Pentru a putea înțelege contribuția lui E. BLEULER în dezvoltarea conceptului de schizofrenie, trebuie subliniată de la început influența pe care a avut-o mișcarea psihanalitică asupra gîndirii medicului elvețian. În 1895, FREUD demonstrase importanța simbolismului și a fantasmelor sexuale în producția onirică și, implicit, în cea delirantă. C. G. JUNG a publicat, în 1906, lucrarea „Psihologia demenței precoce" — prima interpretare psihodinamică. El a subliniat importanța complexelor, forțe deosebite ale vieții psihice a individului. E. BLEULER și-a expus concepția asupra demenței precoce în tratatul de psihiatrie al lui ASCHAFFENBURG, în epoca de plină glorie a concepției kraepeliene (1911), denumind capitolul respectiv „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien". Acesta este, de fapt, momentul nașterii conceptului de schizofrenie, așa cum este și astăzi acceptat. În primul rînd, accentul a fost mutat de pe „demență", ca tulburare caracteristică, spre „disociație psihică", iar în al doilea rînd, a fost schimbat unghiul sub care se privea boala (nu ca o entitate, ci ca un grup de afecțiuni avînd un factor comun). Această lucrare fundamentală este alcătuită din 11 părți :

- partea întîi este dedicată simptomatologiei ; BLEULER distinge simptome fundamentale și simptome accesorii ; prezentate sintetic, acestea sînt :

TABEL CXXXVII

SIMPTOME FUNDAMENTALE (Grundsymptome)			*SIMPTOME ACCESORII (akzessorische Symptome)*
Funcții elementare		Funcții complexe	
Alterate	Nemodificate		
● asociațiile ● afectivitatea ambele afectate de ambivalență	● orientarea ● memoria ● senzațiile ● motilitatea ● conștiința	● funcția realului (autismul) ● voința (abulia) ● personalitatea ● atenția ● gîndirea ● activitatea	● tulburări senzoriale ● idei delirante ● tulburări de memorie ● modificări ale personalității ● tulburări de vorbire și scris ● simptome corporale ● simptome catatonice ● sindromul acut : — stări afective (manie, melancolie) — stări catatonice — stări delirante (Wahnsinn) sau crepusculare — accese de furie, fugi

- partea a doua descrie patru forme de schizofrenie : paranoidă, catatonică, hebefrenică, simplex ; în această parte autorul a introdus și conceptul de „schizofrenie latentă", ca tip de evoluție a schizofreniei simple ;
- partea a treia se referă la evoluția schizofreniilor ;
- partea a patra se referă la raportul și la posibilele combinații dintre schizofrenie și celelalte psihoze ;
- partea a cincea tratează noțiunea de boală și extensia posibilă a conceptului ; autorul afirmă că nu există limite naturale în interiorul grupei schizofreniei, tablourile clinice fiind limitate și nu boala ;
- următoarele patru părți se referă, în ordine, la diagnostic, prognostic, frecvență, cauze ;
- partea a zecea este divizată în două subcapitole : primul se referă la teoria simtomelor, cel de-al doilea — la teoria asupra bolii. În capitolul privitor la simptome, BLEULER face o tentativă de explicare (parțială) a simptomatologiei schizofreniei, distingînd simptome primare, „care corespund direct procesului morbid", și simptome secundare, subordonate unor simptome sau unor stări psihice :

Simptome primare	Simptome secundare
— scăderea capacităților asociative ; — predispoziția spre halucinații ; — predispoziția spre stereotipii ; — stările de obtuzie (Benommenheit) ; — inegalitatea pupilară.	— tulburări de gîndire : disociația (ca rezultat al tulburărilor asociative) ; — tulburări ale afectivității ; — autismul (ca rezultat al disociației) ; — ambivalența — „slăbiciunea" schizofrenică (ca rezultat al tulburării atenției și afectivității) ; — alterări ale realității ; — simptome catatonice.

Este interesant de subliniat că o serie de simptome sînt considerate de BLEULER ca secundare (alterările realității : halucinații, delir ; simptomele catatonice : negativism, automatisme, stereotipii, manierisme), datorită provenienței lor din „complexele afective", întreaga simptomatologie clinică fiind „o încercare mai mult sau mai puțin nefericită de a ieși dintr-o situație intolerabilă". Influența psihanalizei se face net simțită în această încercare explicativă. În ceea ce privește teoria asupra bolii, autorul admite existența unui proces morbid, a cărui natură nu o poate defini ;

- ultima parte, a unsprezecea, se referă la posibilitățile terapeutice existente în acea vreme.

Apariția lucrării lui E. BLEULER a avut un ecou deosebit, însuși KRAEPELIN revenind, în ediția a VIII-a a lucrării sale (1913), asupra conceptului său de demență, afirmînd că demențele precoce sînt un grup de stări caracterizate prin dezagregare psihică, cu tulburări preponderente de afectivitate. Numeroase studii clinice ulterioare, privind psihopatologia acestei entități, au încercat să realizeze modele patogenice, a căror diversitate a pulverizat orice tentativă unificatoare.

O serie de autori (BUMKE și colab., KRETSCHMER, PLATTNER, KAHN, LUXENBURGER etc.) au încercat să acrediteze ideea unei „predispoziții schizofrenice" — caracter, psihotip, biotip —, prezentînd boala mai mult ca o predispoziție, ca o constituție psihopatică, caracterizîndu-se printr-o supradimensionare a valorilor imaginare și subiective, prin fuga de realitate și introversie.

A. MEYER (1950) a adoptat o poziție originală în ceea ce privește schizofrenia, incluzînd-o — în concepția sa psihobiologică — în grupa reacțiilor majore (paraergazii). Schizofrenia a fost astfel prezentată ca un mod particular de reacție și de comportament (reacții autistice, comportamente negativiste, conduite de refuz și de fugă, în care simptomatologia este banalizată și privită ca un atribut exterior). În dorința sa de unificare a întregului corpus al tulburărilor psihice sub semnul reacțiilor, MEYER „a devenit antinosografic, antidualist și psihogenist in extremis, iar în ceea ce privește schizofrenia — atît antikraepelian, cît și antibleulerian" (opinia lui G. CAZALIS de FONDUCE, 1977).

În deceniile trei și patru, H.S. SULLIVAN a subliniat importanța relațiilor interpersonale în schizofrenie. El a relevat deformarea realității ambiante de către primele experiențe anxiogene și a căutat să explice întreaga simptomatologie a schizofreniei prin prezența simultană a angoasei primitive și a apărărilor de tip arhaic cu efect disociativ. În concepția autorului american, după M. REJO, prin unificarea behaviorismului cu psihanaliza, schizofrenia este definită ca „o reacție psihoafectivă și comportamentală la situațiile patogene".

Antipsihiatria s-a situat pe poziția negării faptului că ar exista vreo justificare pentru concepția ontologică a schizofreniei. Astfel, Th. SZASZ a susținut (1957—1961) că simptomele corespunzînd comportamentelor deviate de la o anumită normă nu sînt prin aceasta neapărat patologice, iar R. LAING a afirmat (1964) că episodul schizofrenic introduce o ruptură necesară cu familia distructivă sau cu societatea, ea însăși bolnavă ; opiniile lo, în general neacceptate de diferitele școli, au fost negate totdeauna de școala românească de psihiatrie.

Relativa lipsă de coeziune a criteriilor nosografice și de diagnostic, ca și multitudinea de teorii referitoare la boală au oferit un amplu teren de dispută acepților unor astfel de poziții, care au încercat să extrapoleze experiențele moral-politice acolo unde nu era vorba decît de o suferință individuală.

În legătură cu dezvoltarea conceptului, trebuie amintite o serie de contribuții privind clasificarea sau delimitarea unor entități aparținînd schizofreniilor sau doar asemănîndu-se cu ele.

Încă din 1904, O. DIEM a adăugat subtipul de schizofrenie simplă, una dintre cele patru forme recunoscute ale bolii. J. KASANIN a adăugat subtipul psihoză schizoafectivă, în 1933. În 1939, G. LANGFELDT a introdus conceptul de schizofrenie reactivă sau psihoze schizofreniforme, această manifestare apărînd la indivizi cu bună adaptare socială și profesională, care nu au caracteristici schizoide, și fiind aparent legată de un eveniment exterior traumatic. În contrast cu schizofrenia reactivă, s-a considerat că procesul schizofrenic (o reactualizare a conceptului de demență precoce) apare în afara unei traume externe și, eventual, conduce la deteriorare.

În 1949, P. HOCH și P. POLATIN au adăugat noțiunea de schizofrenie pseudonevrotică, formă caracterizată prin anxietate, preocupare constantă pentru problemele sexuale și lipsă constantă de răspuns la psihoterapia prelungită ; examinări mai profunde arată prezența unor anormalități în gîndire și în reacțiile emoționale. POPPER a introdus termenul de reacții schizoide, reprezentînd urmarea unor complexe traumatizante, iar BERZE a descris psihozele schizoide, asemănătoare cu schizofrenia, dar cu evoluție mult mai benignă. Folosirea unor astfel de termeni a determinat o extensie deosebită a noțiunii de schizofrenie și un polimorfism exagerat, ceea ce a condus, în ultima perioadă, la o tendință de circumscriere a criteriilor. Astfel, ultima ediție a DSM III introduce criteriul duratei episodului acut și elimină o serie de forme clinice ca : schizofrenia latentă, schizofrenia pseudonevrotică și altele.

107. SCHIZOFRENIE — epidemiologie

● Datele epidemiologice despre schizofrenie, dificil de adunat și sistematizat din motive diferite, în primul rînd datorită neuniformității sistemelor diagnostice, sînt totuși numeroase, dat fiind interesul pe care această boală îl suscită ca problemă majoră de sănătate publică.

Numărul relativ mare de schizofreni (în lume există mai mult de 10 milioane de bolnavi, cu o rată de creștere de circa 2 milioane anual — LEHMAN, 1975 —, fără a se ține seama de pierderile naturale), ca și potențialul invalidant deosebit de grav fac din această boală una dintre problemele cele mai dificile, atît sub raportul costului și al nevoilor de îngrijire, cît și sub cel al potențialului auto- și heterodistructiv. Studiile arată că schizofrenia se întîlnește la toate populațiile, indiferent de rasă, grad de dezvoltare socio-culturală, poziție geografică. Incidența schizofreniei a fost evaluată între 0,5—2,5‰ (A. IVAN, T. IONESCU, G. TEODOROVICI, 1981), cu variații importante în ceea ce privește vîrsta.

TABEL CXXXVIII

Autorul	*Anul*	*Număr de cazuri* (100 000)
Jaco	1951/1952	35
Dunham	1958	120
Pollack	1960	63
Warthen	1963	57
Crocetti și Lemkau	1967	150
Day și Semard	1978	43—69
St. Nica-Udangiu	1983	93
Scater și Cowie	1971	85
Babigian	1975	42

Rata primei spitalizări este apreciată, după diferiți autori, între 0,02 și 0,03‰. BABIGIAN, folosind metoda registrului de caz, raportează o rată a incidenței internărilor de 0,51‰ în 1970, și 0,42‰ în 1975, într-un teritoriu dat (M. Country), semnalind un maximum de incidență între 15—24 ani la bărbați și 25—34 ani la femei, ca și o rată de 2,5 pînă la 3 ori mai crescută la populația de culoare.

TABEL CXXXIX

Grup de vîrstă	*Incidența medie* (1970)	*Incidența medie* (1975)
0—14	0,07	0,03
15—24	1,29	0,91
25—34	0,99	0,78
35—44	0,56	0,55
45—54	0,44	0,43
55—64	0,21	0,08
65—74	0,05	0,19
75 →	0,14	0,03
TOTAL	0,51	0,42

Se poate spune că schizofrenia apare în toate culturile întîlnite în lume, cu o prevalență relativ constantă. Prevalența pare a fi destul de stabilă, exceptînd unele grupuri populaționale izolate. Distribuția pe sexe este aproximativ egală, în contrast cu alte boli importante — psihozele afective, toxicomaniile, tulburările anxioase.

După H. EY (1977), masa schizofrenilor dintr-o populație dată reprezintă 1% din persoanele cu risc, adică cele între 15—45 ani. Studiind pe un secol populația Franței, autorul prezintă următoarele concluzii :

TABEL CXL

Anul	Populația	Total bolnavi spitalizați	Schizofreni internați	Schizofreni tratați ambulator	Frecvența în populație
1875	35 000 000	60 000	30 000	5 000	1‰
1960	50 000 000	125 000	40 000	10 000	1‰
1975	55 000 000	110 000	20 000	30 000	0,8‰

Riscul de îmbolnăvire mai ridicat (de 3 pînă la 10 ori) la populațiile izolate (BÖÖK, GARONNE, ISTRIA, KISHIMOTO) ar conduce către posibilitatea existenței unei corelații genetice (ZERBIN-RUDIN). KERBIKOV (1972) apreciază că schizofrenii reprezentau, la acea dată, mai mult de 60% din populația de bolnavi cronici ai spitalelor de psihiatrie și 30% din totalul internărilor, precum și 20% din totalul bolnavilor psihici asistați în ambulator.

Cea mai înaltă rată a prevalenței se înregistrează între 35 și 44 ani, iar în intervalul 15—54 ani se întîlnesc între 8 și 9 zecimi din cazuri (la prima grupă de vîrstă menționată, 35—44 ani, incidența fiind pe prim plan); deși s-a înregistrat o prevalență mai mare în mediul urban decît în mediul rural, această diferență nu este semnificativă, fiind legată de artefacte privind înregistrarea, de accesibilitate și adresabilitate, ca și de gradul de toleranță mai crescut față de bolnavii schizofreni în mediul rural.

Studiind prevalența la emigranți încă din 1932, ODEGAARD semnalează diferențe semnificative atît față de prevalența din țara de baștină, cît și din cea „adoptivă“. Alte studii au arătat o creștere a incidenței la emigranții aflați în perioada imediat următoare sosirii în noua țară (MALZBERG și LEE, citați de G. CONSTANTINESCU). Aceste diferențe sînt legate de criteriile de diagnostic diferite, de nivelul diferit al asistenței medicale între țara de baștină și țara de imigrație (căutată tocmai pentru un nivel socio-economic — și, deci, al asistenței medicale — mai ridicat), de diferențele etnologice etc., și mai puțin de o reală tendință la emigrare a schizofrenilor. Unele studii au arătat că schizofrenia pare să fie mai frecventă în straturile sociale cu statut socio-economic mai scăzut. Multă vreme s-a crezut că marginalizarea nu este un efect al bolii, ci un factor determinant, fapt considerat astăzi, pe bună dreptate, total greșit.

În ceea ce privește prevalența bolii, datele sînt și mai greu de obținut, în general fiind luate în considerare numai înregistrările pasive pînă la o anumită vîrstă. După BABIGIAN (1985), media prevalenței de-a lungul întregii vieți este 1,9 și 9,6‰, în studiile europene, și între 2,1 și 3,8‰ în studiile asiatice. Riscul cumulativ (parcurs) arată posibilitățile teoretice ale îmbolnăvirii de schizofrenie la o anumită vîrstă, fiind evident că, odată cu trecerea anilor, acest risc este tot mai redus.

TABEL CXLI

Studiul riscului cumulativ trecut

Vîrsta	GARONNE (1962)		BABIGIAN (1985)	
	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
0—14	0,26	0,17	2,19	0,86
15—24	14,16	8,7	19,05	9,1
25—34	42,27	28,41	45,98	28,59
35—44	65,75	51,57	61,24	48,23
45—54	80,47	72,41	78,85	70,36
55—64	90,47	88,27	90,73	85,26
65—74	95,21	96,67	96,19	92,83
75 →	100,00	100,00	100,00	100,00

În aprecierea riscului de îmbolnăvire, atunci cînd unul dintre părinți este schizofren, o serie de autori (OPPLER, KALLMAN, REISBY) consideră că ar exista o diferență între cele două sexe, care se poate situa între 2,6 și 4% în defavoarea fetelor.

Rata mortalității în schizofrenie este mai ridicată decît la populația generală, dar nu sînt cunoscute exact cauzele supramortalității la schizofreni. Au fost incriminate suicidul, tulburările de nutriție, fumatul excesiv, alcoolismul etc. Totuși, rata mortalității la schizofreni se situează la cote mult mai reduse decît în alte boli psihice (boli afective, dizarmonii de personalitate), iar studiul riscului relativ de deces arată că, în condițiile unei terapii corecte, aceasta este sensibil egală cu cea a populației normale → EPIDEMIOLOGIE ; SCHIZOFRENIE — modelul genetic ; GEMENI.

108. SCHIZOFRENIE — modele etiopatogenice ● Tentativa de a rezolva enigma etiologiei schizofreniei a preocupat clinicienii și continuă să antreneze un mare număr de cercetători, atît din dorinţa legitimă de a pătrunde în intimitatea unuia dintre aspectele cele mai spectaculoase ale „nebuniei", cît şi din aceea de a descoperi remediul etiopatogenic al acesteia. După aproape un secol şi jumătate de strădanii, problema a rămas încă nerezolvată, deşi, în multitudinea teoriilor emise, este posibil ca adevărul să se afle cel puţin parţial. Ipotezele formulate începînd cu a doua jumătate a secolului al XIX-lea, cînd evoluţia pe plan teoretic a psihiatriei a oferit un sens noţiunii de schizofrenie, au marcat sfîrşitul obscurantismului evului mediu, cu pogromurile împotriva vrăjitoarelor, perioadă în care bolnavul psihic era considerat „posedat" de diavol şi „tratat" în consecinţă.

Încă din 1857, în Franţa, B. A. MOREL, vorbind de demenţa precoce, a enunţat opinia potrivit căreia aceasta ar fi o formă particulară a unei afecţiuni psihice simptomatice. S-a deschis astfel calea spre delimitarea conceptului de schizofrenie şi abordarea sa etiopatogenică, urmată de lucrările lui KRAEPELIN, BLEULER, CHASLIN ş.a., pînă la cercetătorii moderni. Întrebările majore la care s-a căutat răspuns au fost cele referitoare la natura afecţiunii — endogenie sau exogenie, organogeneză sau psihogeneză.

KRAEPELIN considera schizofrenia o maladie organică, legată de o afecţiune glandulară. Pentru BLEULER, tributar tradiţiei organiciste a şcolii germane, ea ar fi expresia clinică a unui proces cerebral, în ciuda faptului că, în explicarea simptomatologiei, a recurs la un model psihodinamic. La acelaşi punct de vedere va adera şi KRETSCHMER, care consemnează o relaţie de tip „endogen" între schizotimie şi schizofrenie. Concepţiile endogenetice se îmbogăţesc, în continuare, cu studiile de genetică, întreprinse în Germania mai întîi, apoi în S.U.A., Anglia etc.

Pentru natura exogenă a schizofreniei, privită ca proces organic, pledează teorii „neurologice", care au în vedere factorii infecţioşi şi inflamatori, tumori, afecţiuni degenerative, discrazii, traumatisme craniocerebrale — baza unui proces organic cerebral (WERNICKE, KLEIST, CLÉRAMBAULT, SCHNEIDER, GUIRAUD). De aici s-au născut controverse referitoare la aşa-numitele schizofrenii „simptomatice", a căror existenţă a fost negată cu desăvîrşire de unii specialişti (este cazul şcolii germane, în viziunea căreia schizofrenia este o „psihoză pură"), în timp ce alţii au considerat drept imprudente erorile de diagnostic comise prin ignorarea entităţilor simptomatice. Teoriile avînd la bază exogenitatea au suscitat discuţii referitoare la oportunitatea utilizării termenului „simptomatic" în legătură cu schizofrenia. Şcoala românească consideră că unele afecţiuni somatice pot declanşa sau precipita procesul psihotic, iar în cazuri bine definite poate fi vorba de o psihoză schizoformă sau schizofrenie simptomatică.

Ipoteza infecţioasă găseşte şi astăzi adepţi, în urma constatării că unele encefalite acute şi subacute, primitive sau secundare pot fi depistate în copilăria unor schizofreni, timpul de latenţă între infecţie şi schizofrenie fiind variabil. De asemenea, bolile infecţioase care evoluează cu confuzie mintală pot lăsa sechele deficitare (forme apatice cu apragmatism), cunoscute sub denumirea de confuzie mintală cronică (RÉGIS). Unii reprezentanţi ai şcolii ruse sînt adepţii ipotezei virale a schizofreniei incriminînd ca factor etiologic un virus specific, încă nepus în evidenţă.

Studiile efectuate în timpul primului război mondial de către FEUCHTWANGER au invalidat ipoteza factorului traumatic. La polul opus, teoreticienii psihogenezei conferă schizofreniei un caracter expresiv, fie ca rezultat al unei reacţii explicite, la o situaţie, fie ca expresie simbolică a unei intenţionalităţi inconştiente. Opiniile lor pot fi clasate în două grupe de teorii :

- teoriile sociopatogenice, răspîndite cu precădere în ţările anglo-saxone, sub influenţa lui A. MEYER. Ulterior, psihanaliştii au preluat şi dezvoltat aceste teorii, cel mai cunoscut fiind studiul lui H. S. SULLIVAN. Pornind de la factorii socio-culturali, el a analizat raportul dintre conflict, reacţie şi formarea simptomelor şi valoarea acestora în „nesiguranţa abisală".
- teoriile psihodinamice ale inconştientului, a căror valoare, rezidînd în aportul de penetraţie şi fineţe, recunoscută de însuşi BLEULER, au fost elaborate de FREUD (conceptul regresiunii libidinale), O. FENICKEL, SCHULTZ-HENCKE F. FROMM-REICHMANN, P. FEDERN (acesta din urmă elaborînd o foarte interesantă teorie referitoare la insuficienţa energetică a Eului).

Înarmaţi cu arsenalul tehnicilor de cercetare neuro- şi histopatologică, biochimică, metabolică, endocrinologică, toxicologică, imunologică etc., într-un cuvînt, cu tot ceea ce le pune la dispoziţie progresul tehnico-ştiinţific, partizanii organogenezei au orientat în permanenţă poziţiile teoretice în direcţii noi. Multitudinea ipotezelor emise, departe de a fi contradictorii, aşa cum apar uneori la o analiză superficială, nu fac decît să sublinieze complexitatea fenomenului schizofren, aşteptînd un efort de coordonare într-o schemă coerentă de ansamblu.

S-au încercat numeroase „modele" etiopatogenice în schizofrenie, care pot fi grupate în două tipuri : modele biologice și socio-culturale ; dintre ele pot fi menționate, ca avînd o audiență mai largă, următoarele :

- **Modele biologice** :
  - modelul anatomo-funcțional
  - modelul biochimic
  - modelul imunologic
  - modelul genetic
  - modelul experimental pe animale
- **Modele socio-culturale** :
  - modelul familial și comportamental
  - modelul cognitiv
  - modelul antipsihiatric

- **Modelul anatomo-funcțional.** Dorința de a apropia modelul cauzal al schizofreniei de cele ale altor boli și tendința de a pune în evidență factorii somatici ai acestei boli sînt cu pregnanță relevate de investigarea modificărilor structurale și funcționale ale creierului, care ar putea fi responsabile de tulburările respective. Istoria investigării unei baze anatomice a schizofreniei a fost lungă și zbuciumată, urmînd, odată cu dezvoltarea tehnologiei, calea de la macrostructură la ultrastructură, cu un „rebound" al cercetărilor macrostructurale, generat de apariția tomografiei computerizate. În opinia lui LHERMITTE, KLIPPEL, examenul macroscopic al creierului relevă o atrofie marcată a lobilor frontali ; alți autori (MOREL, CASTULAS) au semnalat reducerea volumului ventriculilor laterali, modificări ale circumvoluțiunilor lobilor frontali sau creșteri globale ale greutății creierului bolnavilor Aceste studii au fost respinse de BROSER, WITTE, RIEGER și REICHARDT, care au arătat că în descrierile respective au fost ignorați factori ca : vîrsta, raportul între greutatea cerebrală și volumul cutiei craniene sau, pur și simplu, datele privitoare la loturi-martor asemănătoare. O situație similară a fost înregistrată și în studiile referitoare la structura scoarței cerebrale și a nucleilor cenușii (ALZHEIMER, FÜNFGELD, JOSEPHY, HEMPEL, TREFF, VOGT), care au susținut existența unor diferențe de densitate celulară sau transformări celulare cronice (plăcile senile) cu atrofie pigmentară, în special în zona frontală (girus cinguli, talamus și hipotalamus).

DUNLAP, KUTSCH, HEYCK, PETERS, SPIELMEYER, Van ECONOMO au negat prezența unor astfel de transformări, arătînd că nu există diferențe față de loturile de control normale sau că, în multe cazuri, este vorba de artefacte datorate, în special, examinării tardive a preparatelor histologice. În aceeași serie de rezultate incerte se înscriu și cercetările unor specialiști ca TATESU, WILDI, FERNANDEZ, JANOWSKI, SUHORUKOVA, TIVILKO etc.

Mai puțin precise, dar avînd avantajul unor corelări mai bune (cu clinica și evoluția bolii, studiile bazate pe vizualizarea masei cerebrale (PEG) sau pe înregistrarea activității funcționale a creierului (EEG) au luat o mare amploare, mai ales după ce, în 1964, HUBERT a afirmat că în 75% din cazurile de schizofreni reziduali (sub 50 de ani) a putut evidenția semnele de atrofie cerebrală și că ar exista o corelație între starea reziduală și gradul atrofiei. Multe studii ulterioare au confirmat, cel puțin parțial, această ipoteză, ca și proporția găsită de autorul german (ANSINK, PELTONEN, STOREY etc.), deși, apoi, au fost semnalate erori de tehnică și interpretare. J.O. HANG (1982) a efectuat un studiu al pneumoencefalografiilor unui grup de 101 schizofreni, constatînd o lărgire ventriculară în 36 de cazuri, atrofie corticală în 6 cazuri (un singur caz de atrofie severă) și 16 cazuri cu atrofii mixte. Autorul stabilește o strînsă corelație între schizofrenie și pacienții prezentînd semne clinice de deteriorare concomitent cu lărgirea ventriculilor cerebrali. Pacienții cu atrofie periventriculară clară sînt mai mult sau mai puțin deteriorați, aceasta pledînd pentru o eroare înnăscută de metabolism, care perturbă funcționarea creierului, și pentru o apariție lentă de tulburări de tip degenerativ la nivelul țesutului nervos.

H. A. NASRALLAH și colab. (1983) au studiat, cu ajutorul tomografului, la un grup de 55 de schizofreni cronici, raportul dintre ventriculul al III-lea și volumul cerebral total, pentru a pune în evidență eventuale diferențe la cei cu dilatări mari ventriculare. Nu s-a putut stabili decît o corelație între dilatările ventriculare mai importante și antecedentele de schizofrenie la rudele de gradul I ale schizofrenilor, ceea ce ar pleda fie pentru o ipoteză genetică, fie pentru o afectare virală familială. M. J. DEWAN și colab. (1983) au studiat prin tomografie computerizată regiunea diencefalică la un lot de schizofreni cronici tratați cu neuroleptice, măsurîndu-se atît ventriculul III, cît și densitatea structurilor periventriculare (nuclei caudați, talamici, zona medială a lobului temporal și lărgimea scizurii sylviene), încercîndu-se, prin compararea ultimelor două, aprecierea sistemului limbic. Examinarea a arătat ventriculul III lărgit, cu modificări în nucleii periventriculari (din talamus și nucleul caudat), conducînd la ipoteza unei atrofii centrale care provoacă disfuncție subcorticală. Lărgirea constantă bilaterală a șanțului sylvian conduce la ipoteza unei implicări a sistemului limbic în structurile mediale temporale.

H. NYBÄCK şi colab. (1983) au constatat corelaţii negative semnificative între dimensiunile ventriculilor laterali şi nivelul acidului 5 hidroxiindol-acetic (5 HIAA) şi al acidului homovanilic în LCR-ul schizofrenilor. La subiecţii normali, aceste corelaţii nu sînt semnificative. Autorii sugerează posibilitatea existenţei unui grup de schizofreni la care lărgirea ventriculară este asociată cu deficienţe în sistemul de transmitere. Încercînd o sinteză, în 1985, H. WEINER arată că, în 7 din 14 studii analizate, pacienţii schizofreni prezintă lărgiri ventriculare şi/sau creşterea volumului LCR, deşi restul studiilor nu au omologat aceste descoperiri. Discrepanţele între studii au fost puse pe seama unor factori ca : spitalizarea prelungită, tratamentele cu şocuri insulinice sau electrice, medicaţia neuroleptică, efectele vîrstei. De asemenea, studiilor efectuate li s-a reproşat lipsa analizei unor loturi comparative, alcătuite nu din subiecţi normali, ci din bolnavi psihici ; o lărgire ventriculară a fost semnalată de unii autori atît în bolile afective, cît şi în psihozele schizofreniforme.

Cercetările privind electroencefalografia au debutat cu cele efectuate de P. A. DAVIS (care a descris apariţia ritmului „choppy", contestat de mulţi autori). Diferitele înregistrări (în timpul somnului, cu electrozi implantaţi) sau analizele cantitative ale amplitudinii electroencefalogramei şi studiul potenţialelor evocate nu au putut duce la o concluzie semnificativă. În ultima perioadă, apariţia aşa-numitelor „hărţi cerebrale" a deschis noi perspective. Într-un studiu comparativ, efectuat de J. R. STEVENS şi A. LIVERMORE (1982), pe un lot de 18 schizofreni între 18—44 ani, în absenţa instituirii tratamentului, prin electroencefalografie continuă (telemetrizată), s-a ajuns la concluzia existenţei unor modificări evidente în timpul unor manifestări comportamentale anormale (baraj, stereotipii, automatisme, halucinaţii), pacienţii prezentînd o creştere a activităţii delta şi alfa lent, apariţia episodică de vîrfuri ; acest fapt i-a determinat pe autori să considere că există o legătură directă între tulburările de gîndire şi de percepţie şi activitatea patologică a creierului. Făcînd analiza cantitativă a unor variabile ale electroencefalogramei (amplitudine, frecvenţă, simetria undelor), Ch. SHGASS, R. ROEMER şi J. STRAUMANIS (1982) au constatat, în cazul pacienţilor cu schizofrenie cronică, o scădere variabilă a amplitudinii, frecvenţa suferind variaţii şi mai mari. Deschiderea ochilor provoacă modificări reduse în amplitudinea, simetria şi variabilitatea undelor. J. M. MORIHISA, F. DUFFY şi R. WYATT au făcut un studiu sistematic al creierului schizofrenilor, folosind hărţile electrice ale activităţii cerebrale (BEAM). S-a constatat o creştere bifrontală a activităţii EEG de tip delta, în special în perioadele în care ochii sînt deschişi. Diferenţe faţă de lotul martor se observau în unele cazuri şi în zonele posterioare. Potenţialele evocate apar cu o latenţă importantă, mai ales în aria parietală stîngă. R. MORSTYN, F. DUFFY şi R. Mc CARLEY (1983) au constatat, de asemenea, modificări în hărţile electrice cerebrale în emisfera stîngă şi regiunea temporală posterioară. Autorii, folosind analiza multivariantă discriminatorie, au reuşit să deosebească, într-o proporţie care poate depăşi 90% din cazuri, hărţile bolnavilor schizofreni de cele din lotul martor.

Un studiu comparativ al potenţialelor evocate, înregistrate la un grup de schizofreni cărora li s-a făcut o stimulare auditivă, urmărindu-se tipul de reacţie, a arătat tulburări atît în ceea ce priveşte setul de stimuli, cît şi cel de răspunsuri în planul atenţiei. După J. BARIBEAU-BRAUN, T. W. PICTON şi J. Y. GOSSELIN (1983), schizofrenii au dificultăţi atît în ceea ce priveşte selectarea stimulilor, cît şi distributivitatea atenţiei, avînd drept consecinţă o slabă organizare a strategiei proceselor informaţionale.

Alte studii s-au orientat asupra fluxului sanguin regional, precum şi asupra unei posibile „asimetrii inverse" a lobilor frontali. Făcînd un studiu asupra fluxului sanguin cerebral regional (prin metoda inhalării de Xenon 133), R. N. ARIEL şi colab. (1983) au ajuns la concluzia că există diferenţe la schizofreni în ceea ce priveşte irigarea substanţei cenuşii în zona frontală (în compraţie cu un lot martor), sugerînd că aceasta ar putea contribui la înţelegerea deteriorării din schizofrenie.

R. Mc CREADIE, J. CRORIE, E. T. BARRON şi G. S. WINSLOW (1982) au găsit un raport crescut între numărul pacienţilor dreptaci, schizofrenii cronici şi frecvenţa obişnuită a acestora în populaţia generală. De asemenea, ei au constatat o rată neobişnuit de mare a pacienţilor cu diskinezie tardivă printre nondreptaci (nondextrali : stîngaci şi ambidextri), 68% faţă de 29% la dreptaci, ceea ce sugerează o creştere a prevederilor care trebuie luate la administrarea terapiei neuroleptice în cazul în care pacientul nu este dreptaci. Analizînd, cu ajutorul tomografiei computerizate, emisferele cerebrale ale unui lot de 79 schizofreni, D. R. WEINBERGER şi R. J. WYATT (1982) au evidenţiat o asimetrie occipitală semnificativă, iar la 9% din cazuri, asocierea cu inversarea raportului stînga/dreapta la bolnavii cu atrofii corticale. Studiul sugerează o legătură între asimetria occipitală, în special cea inversată, și patogeneza unor forme de schizofrenie.

R. E. GUR și colab. au studiat circulația cerebrală la schizofreni aflați sub tratament medicamentos, în scopul corelării datelor de laborator cu cele clinice. În timpul unor activități cognitive, au apărut diferențe față de lotul martor (subiecți normali), iar relația diagnostic/solicitare/emisferă a fost semnificativă : schizofrenii au prezentat o creștere mai mare a debitului sanguin regional din emisferul stîng pentru probe cu caracter spațial, spre deosebire de subiecții normali, la care fluxul crește în emisferul drept. La subiecții de sex feminin cu schizofrenie, diferențele au fost mai marcate. Nu s-au putut stabili corelații cu forma clinică. Se poate emite ipoteza unei hiperactivități emisferice stîngi în schizofrenie.

În același sens, al unor corelații cu unele modificări funcționale, se înscrie și studiul lui J. W. LOWETT-DOUST (1980) privind anomaliile de tip cardiac și variațiile pulsului la un lot de schizofreni (34 de bărbați și 104 femei între 15 și 70 de ani, dintre care 57 nu începuseră încă tratamentul cu neuroleptice) ; autorul a constatat că episoadele schizofrenice acute sînt însoțite de o creștere relativă a pulsului, care se accentuează după administrarea medicației psihotrope. Variațiile ritmului cardiac sînt mai rare la schizofreni (23,9 minute în medie), față de un lot de control (9,5 minute), fără ca între bolnavii mintal netratați (20,8 minute) și cei tratați (26,6 minute) să existe o diferență semnificativă. Autorul concluzionează că printre factorii care provoacă o „percepție displastică" poate fi incriminată și activitatea cardiacă, acesteia putîndu-i-se datora rata mai crescută de deces prin cauze vasculare, întîlnită la schizofreni.

Studiile ultimei decade au evidențiat o diferență semnificativă între schizofreni și normali (HOLZMAN, 1984) în ceea ce privește motilitatea oculară. Mișcările sacadate (observate atunci cînd subiectul urmărește un obiect în mișcare, de exemplu un pendul) sînt mai frecvent asociate cu schizofrenia. Mișcările sînt anormale la 80% dintre pacienții schizofreni care nu iau medicație, la 45% dintre rudele neschizofrenice ale pacienților schizofreni și numai la 7% la subiecți din grupul de control. Concordanța este de 71% la gemeni monozigoți, 54% la bizigoți în cazul în care cel puțin unul dintre ei este schizofren. În prezent, semnificația acestor rezultate este neclară. Oricum, mișcările oculare sacadate anormale par a reprezenta un potențial marker fenotipic pentru schizofrenie.

● **Modelul biochimic.** Ipoteza existenței unui model biochimic (metabolic, enzimatic, hormonal) al schizofreniei este, în prezent, deosebit de atrăgătoare, deoarece se apropie cel mai mult de modelul medical actual și oferă deschiderea terapeutică a unei posibile abordări etiologice.

Au fost elaborate numeroase teorii privind rolul toxinelor colibacilare sau al intoxicațiilor hepato-digestive (JUNG, BARUK), modificarea bilanțului azotat (GJENSSING), efectul perturbărilor metabolismului hidraților de carbon (JAROSZ, LONGO, ALTSCHULE) sau consecințele disfuncțiilor tiroidiene (HOAGLAND).

OSMOND și SMITHLES, în 1952, găsesc asemănare între structura chimică a mescalinei și cea a derivaților metilați ai catecolaminelor. Ipoteza transmetilării a fost întărită de evidențierea, în urina schizofrenilor, a unei substanțe asemănătoare cu mescalina, di-metoxi-fenil-etil-amina (DMPEA) — FRIEDHOFF și van WINCLE (1962). A fost elaborată și o probă de laborator, celebra „pată roz" (BOURDILLON și colab., 1965), cu intenția de a confirma ipoteza existenței DMPEA, atestată și de unii cercetători români. „Pata roz" din urină s-a dovedit, în cele din urmă, a nu avea nici un fel de specificitate în diagnosticarea schizofreniei, după cum întreaga teorie a transmetilării nu a putut fi, pînă la ora actuală, susținută cu argumente suficient de solide, fiind aproape infirmată (dar nu și abandonată).

În studiile ulterioare, este subliniată asemănarea dintre alte substanțe, cum sînt psilocibina și LSD, cu serotonina, elaborîndu-se ipoteza conform căreia o eroare enzimatică ar conduce la acumularea exagerată a derivaților metilați ai aminelor endogene, care ar avea activitate halucinogenă și ar fi responsabili de apariția unor simptome ale schizofreniei.

În prezent, cea mai acceptată dintre teoriile referitoare la modelul biochimic al schizofreniei este ipoteza dopaminergică. Ea presupune o hiperactivitate a mecanismelor dopaminergice în zonele cerebrale corespunzătoare nucleilor striați și ganglionilor bazali. Această ipoteză este susținută de faptul că agoniștii dopaminei exacerbează simptomatologia schizofrenică, iar neurolepticele o diminuează.

Conform teoriilor lui LINDVALL și BJÖRKLUND (1983), sînt descrise zece sisteme de neuroni dopaminergici în SNC. Cele mai importante sînt :

- sistemul nigrostriat, care se întinde de la locus niger pînă la nucleul caudat și putamen. Are rol în menținerea echilibrului sistemului extrapiramidal şi în controlul motricităţii ;

- regiunile nucleare ale sistemului mezolimbic, situate în zona tegmento-ventrală, avînd prelungiri pînă la amigdală, nucleus accumbens, stria terminalis si tuberculum olfactorium. Acest sistem dopaminic joacă un rol important în reglarea funcţiilor autonome şi, dintre acestea, a celor care se referă la sfera afectivă ;
- sistemul mezocortical, care se întinde de la trunchiul cerebral pînă la cingulum, amigdală, ajungînd la cortexul frontal. Funcţia lui pare a fi asemănătoare cu cea a sistemului mezolimbic şi intervine în procesele psihice, ca învăţarea şi memorarea ;
- sistemul tuberoinfundibular, care se întinde de la nucleus arcuatus al hipotalamusului la eminentia mediana şi, prin conexiuni ulterioare, pînă la hipofiză. Intervine în reglarea secreţiei de hormoni ai acestei glande, inhibînd secreţia de prolactină. Se cunoaşte, pe de altă parte, că dopamina stimulează descărcările de STH ;
- sistemul dopaminergic situat în hipocamp, ariile Brodman 9 şi 10, descris în studii foarte recente, descoperire ce poate fi utilă în cercetarea schizofreniei.

Cercetările efectuate de P. SPANO, S. GOVONI, M. TRAUCCHI, J. KEBABIAN, D. CALNE, C. D. ARNETT, A. P. WOLF, C. SHIUE, D. C. CHUGANI, R. F. ACKERMAN şi M. PHELPS, în perioada 1978—1987, au pus în evidenţă rolul de placă turnantă al ganglionilor bazali, al nucleului putamen şi al nucleilor caudaţi, unde are loc o intensă activitate a dopa-decarboxilazei, în aceste zone existînd cel mai mare număr de locusuri D_2 şi D_1. Aici au loc cele mai importante sinteze de dopamină, eliberarea şi fixarea acesteia la nivelul sinapselor.

Procesele enzimatice responsabile de sinteza şi degradarea dopaminei reprezintă, numai de puţin timp, obiective ale cercetărilor efectuate în domeniul schizofreniei. Importante, în acest sens, sînt cercetările referitoare la rolul dihidropteridinreductazei în refacerea tetrahidrobiopterinei, cofactor necesar pentru desfăşurarea activităţii tirozinhidroxilazei. Cercetările privind dopamina au fost concentrate mai mult asupra clasificării receptorilor pentru această substanţă, pe care, în 1979, J. KEBABIAN şi D. CALNE i-au împărţit în două grupe: D_1 şi D_2. Primul grup se caracterizează prin cuplarea la un sistem adenil-ciclază, care, după stimulare cu dopamină, favorizează formarea de AMP ciclic. Acest model a fost îmbogăţit cu numeroase completări menite să diferenţieze locusurile de fixare a dopaminei şi receptorii dopaminergici. Receptorii au o importanţă fiziologică considerabilă, deoarece ocupă un loc intermediar în fluxul informaţional. Din motive metodologice, SEEMAN şi LIST au propus desemnarea locusurilor adenilciclazice dopaminsensibile prin D_1, receptori care pot fi stimulaţi sau inhibaţi de concentraţii micromoleculare de dopamină, respectiv de neuroleptice de tipul butirofenone (Spiperon), dar nu de tipul benzamidei (Sulpirid) (→ SCHIZOFRENIE — terapii biologice). Locusurile sau receptorii D_2 sînt aceia care solicită concentraţii micromolare de dopamină şi monomolare de neuroleptice (Spiperon) şi au sau nu o acţiune inhibitoare asupra sistemului adenil-ciclazei. Dimpotrivă, locusurile D_3 necesită concentraţii nanomolare de dopamină şi concentraţii micromolare de neuroleptice. Locusurile D_4 prezintă sensibilitate faţă de dopamină şi neuroleptice in concentraţii nanomolare. Clasificarea receptorilor în D_2, D_3 şi D_4, stabilită de SOKOLOFF, este aproximativ identică cu cea menţionată mai sus. Locusurile de fixare D_2 sînt cele mai îndreptăţite, pentru moment, să fie numite dopaminoreceptori, deoarece ele corelează cel mai bine constantele de inhibiţie ale reactanţilor cu cele ale produşilor de reacţie. Pe de altă parte, a fost formulată supoziţia că locusurile de fixare D_2 şi D_4 sînt identice, dar fiecare dintre ele se prezintă în două stări diferite : „D_2-high" şi „D_2-low" receptori, cu afinitate crescută (high), respectiv scăzută (low). O mare parte, dacă nu toţi D_2 high receptorii sînt transformaţi, prin intermediul GTP şi NaCl, în D_2-low receptori cu afinitate scăzută. Aceste descoperiri au fost confirmate de cercetările lui MARTRES, care a observat, după adăugarea de GTP, o scădere a sintezei apomorfinei în locusurile de fixare D_2 şi o creştere a sintezei ei în locusurile de fixare D_4. Nu s-a clarificat încă dacă locusurile de fixare D_1 şi D_3 sînt şi ele identice, dar şi acestea se prezintă în stări diferite. S-a conchis pînă în prezent că există două locusuri de fixare a dopaminelor, D_1 şi D_2, cu afinitate scăzută sau crescută pentru liganzi.

Secvenţa funcţională a metabolismului dopaminic pare să fie afectată la nivelul receptorilor dopaminici D_2, care se găsesc în număr excesiv la nivelul căilor dopaminergice din striat şi în fibrele nigrostriate.

Au fost formulate unele ipoteze privind anomaliile receptorilor D_2, care susţin că acestea ar fi mai mult localizate în sistemul limbic decît în cel striat, iar altele opiniază pentru producerea anomaliilor la nivelul ganglionilor bazali. În favoarea acestei ipoteze pledează faptul că bolnavii suferind de coree Huntington, boala Parkinson şi alte boli care afectează ganglionii bazali prezintă unele simptome asemănătoare cu cele din schizofrenie.

S-a demonstrat experimental că neostriatul este singura zonă în care receptorii D_2 sînt blocaţi de NL. În 1986, D. WONG, N. WAGNER, L. E. THUNE au arătat că numărul receptorilor D_2 este crescut în nucleii caudaţi atît la bolnavii aflaţi sub tratament, cît şi la cei netrataţi.

Pentru înţelegerea actualului nivel de achiziţii în cercetarea dopaminei, sînt relevante studiile asupra proprietăţii dendritelor de a elibera dopamină. Acestea sînt capabile să sintetizeze, dar să şi acumuleze dopamină în veziculele lor. Autorii acestei descoperiri conferă dopaminei dendritice următoarele funcţii: inhibarea autoreceptorilor dopaminergici, acţiunea inhibitoare a neuronilor GABA din fasciculul nigrostriat asupra dopaminreceptorilor, inhibarea interneuronilor dopaminergici şi influenţarea altor structuri anatomice, ca celulele gliale şi capilarele.

Importante sînt şi datele privind localizarea diferenţiată a dopaminreceptorilor. Locusul clasic de fixare a D_1 se găseşte în paratidoide. D_2 receptorii au fost semnalaţi în lobul anterior al hipofizei şi în striat, care conţin şi locusuri de fixare D_2.

În studiul schizofreniei este semnificativă existenţa modelelor periferice de localizare a dopamin-receptorilor. Astfel, au fost descoperite locusurile de fixare, mai sus descrise, pentru Spiperon, pe limfocite, locusuri care probabil nu sînt sinonime cu „dopamin-receptorii“.

Una din strategiile de examinare a validităţii ipotezei dopaminice în schizofrenie constă în determinarea amplitudinii descărcării de STH după administrarea de apomorfină la aceşti bolnavi. Dar, trebuie avut în vedere că, deşi descărcarea de STH are loc în neuronii dopaminergici hipotalamici, se presupune existenţa unei disfuncţii a acestui sistem de neurotransmiţători şi în alte structuri, ca ariile mezolimbice şi mezocorticale. O corelaţie neliniară între concentraţia acizilor homovanilici din LCR şi maximumul descărcării de STH, după administrarea de apomorfină, a fost observată de ZELMAN.

LECRUBIER a pus problema existenţei unei hiper- sau hipofuncţii a sistemului dopaminergic în schizofrenie. El a emis ipoteza conform căreia există o stare hiperdopaminergică în episoadele acute, caracterizate printr-o simptomatologie pozitivă, în timp ce, în episoadele cronice, cu o simptomatologie negativă, există o stare hipodopaminergică. Argumentele sale se întemeiază pe raţionamente farmacologice şi pe ipoteza că D_1 şi D_2 receptorii sînt neuroni post- şi presinaptici. Alţi autori au evidenţiat o sensibilitate crescută a dopaminreceptorilor în secţiunile cerebrale ale tuturor schizofrenilor cronici. Această descoperire are în vedere atît subiecţii care nu erau sub tratament, cît şi pe cei ce se aflau sub tratament, la aceştia evidenţiindu-se hipersensibilitatea dopaminreceptorilor prin acţiunea blocantă a neurolepticelor asupra receptorilor.

Metode noi de cercetare, cum este tomografia cu emisie de pozitroni (TEP), au deschis perspective neaşteptate în studiul „in vivo“ al sistemelor dopa (A. GJEDDE, 1988) şi vor completa rezultatele remarcabile ale cercetărilor ultimilor ani (P. BAUMANN, 1986).

Opiopeptidele (endorfine, enkefaline) au constituit, la scurt timp după descoperirea lor, un teren de intense cercetări privitoare la un posibil rol ce l-ar putea avea în etiopatogenia schizofreniei. EMERICH (1984) rezumă astfel rolul opiopeptidelor în schizofrenie:

- anumiţi agonişti parţiali ai opiopeptidelor pot provoca la subiecţi sănătoşi halucinaţii, care cedează la antagoniştii specifici (Naloxon);
- creşterea concentraţiei endorfinelor în LCR-ul schizofrenilor cronici (TERENIUS, 1976); după administrarea cronică de neuroleptice, această concentraţie se normalizează temporar.

NEMEROFF (1980) a propus pentru neuropeptide termenul de „neuroleptice endogene“. CLINE raportează o acţiune antipsihotică la administrarea intravenoasă de betaendorfine. VERHOEVEN şi REE (1985) au raportat rezultate bune în tratamentul schizofreniei şi cu endorfine de tip gamma, confirmînd studiile anterioare întreprinse de WIED şi van PRAAG.

Cercetarea altor sisteme, cum ar fi cel catecolaminic sau histaminic, aduce periodic informaţii deosebite, fără a oferi însă un răspuns complet sau un model explicativ, destul de valid, în ceea ce priveşte mecanismul etiopatogenic al schizofreniei.

Cu toate că aceste ipoteze par adesea contradictorii, ele „nu fac decît să sublinieze complexitatea fenomenelor neurochimice la care se raportează schizofrenia“ (T. BOUGEROL, J. P. HUBER ş.a., 1984). Nu este exagerată opinia că „se poate spera azi, după o analiză mai sistematică, că schizofrenia va putea fi localizată anatomic şi neurochimic“ (P. BAUMANN, 1986).

● **Modelul imunologic.** Ipoteza unei participări imunologice în patogeneza schizofreniei a făcut obiectul unor cercetări de o deosebită amploare. O primă încercare aparţine lui

FESSEL (1962), care a relevat existenţa unor factori serici reacţionînd cu un constituent cerebral în testul creier-latex, opus celui rinichi-latex. Acest test este pozitiv la un număr aproape triplu de bolnavi acuţi de schizofrenie, în comparaţie cu lotul martor. Deşi nu se putea vorbi de o specificitate (BENDA, 1971) a acestei presupuse imunităţi autocerebrale, SIVADON a construit o teorie imunologică a schizofreniei, încă din 1964, cu următoarele coordonate considerate ca fiind implicate în declanşarea psihozei :

- un teren predispus ;
- un şoc emoţional exclus din cîmpul conştiinţei pacientului ;
- o fază „ruminativă" ;
- un eveniment care reproduce sau evocă simbolic şocul emoţional prin care a trecut anterior bolnavul.

Autorul postulează o autoimunizare contra anumitor „metacircuite neuronale", care ar reprezenta traducerea anatomo-clinică a unei situaţii sau a alteia.

R. G. HEATH (1969) consideră schizofrenia ca o maladie autoimună, aducînd următoarele argumente :

- schizofrenia este însoţită de modificări electrice ale regiunii septale ;
- studiile de imunofluorescenţă asupra creierului schizofrenilor au arătat o fixare de anticorpi pe această regiune a sistemului limbic, bogată în terminaţii dopaminergice ;
- imunoglobulina G_1 a schizofrenilor, în timpul unor episoade acute, conţine o fracţiune, taraxeina, capabilă să inducă :
  - simptome schizofreniforme, care apar la subiecţi (voluntari) cărora li se administrează pe cale intravenoasă ;
  - catatonie la maimuţe, cu fixare a anticorpilor la nivelul regiunii septale (la administrarea intravenoasă sau intraseptală) ;
  - anticorpi antiregiune septală (heterologi) care ar avea acelaşi efect ca taraxeina ;
  - acest efect se datorează fracţiunii Fab a imunoglobulinelor.

Autorul american considera că schizofrenii ar produce o imunoglobulină anormală, rezultînd probabil dintr-o clonă anormală genetic, capabilă să se fixeze pe situsuri specifice ale regiunii septale, modificînd, la acest nivel, activitatea sinaptică şi, în consecinţă, inducînd o activitate patologică a regiunii septale, care s-ar afla la baza stării psihotice. Aceste rezultate au fost contestate de o serie de alţi autori (WITTINGHAM şi colab., 1968 ; COGAN şi DEODHAR, 1970 ; BOEHME şi colab., 1974 ; BERGEN şi colab., 1980), care au arătat fie că taraxeina nu a fost găsită decît la subiecţii care nu prezentau numai semne caracteristice schizofreniei (disociaţie, autism), fie că activitatea taraxeinică a putut fi întîlnită şi în serul unor subiecţi martori.

Cercetarea anticorpilor anticerebrali i-a condus pe PANDEY, GUPTA şi CHATUREVEDI (1981) la concluzia că există un mare coeficient de eroare, indus de diferenţele dintre criteriile de diagnostic şi diferenţele dintre diversele tehnici de evidenţiere a anticorpilor, deoarece antigenele utilizate provin din regiuni cerebrale diferite (cortex frontal, sistem limbic, sistem extrapiramidal). După diverşi autori, prezenţa anticorpilor anticerebrali ar fi fost găsită în următoarele incidenţe :

Autorul	*Anul*	*Procentul*
YOKOYAMA şi alţii	1962	28,5
RUBIN	1965	25,0
HEATH, KRUP	1967	85,7
BARON şi alţii	1977	63,0
PANDEY şi alţii	1981	48,1

A. STOIMENOV (1969) a găsit şi unele specificităţi ale acestor anticorpi în raport cu forma clinică a schizofreniei, arătînd că, în forma hebefrenică, există o creştere a anticorpilor anti-cortex parietal, în cea catatonică, a celor anti-cortex frontal şi în cea paranoidă a celor anti-substanţă albă şi anti-nuclei cenuşii centrali.

M. BARON şi colab. (1977), GOSEVA şi colab. (1969) au găsit o creştere a anticorpilor în fratriile schizofrenilor, iar R. PANDEY şi colab. (1981) — o corelaţie între nivelul anticorpilor anticerebrali şi antecedentele familiale ale schizofreniei, ceea ce conduce spre o posibilă ipoteză privitoare la o predispoziţie genetică la producerea unor astfel de anticorpi.

Procesul autoimun de mediere celulară, prin care s-ar manifesta cito-toxicitatea faţă de creier, a fost luat, de asemenea, în considerare. Astfel, s-a demonstrat acţiunea citopatică a limfocitelor pe culturi de creier uman embrionar. KURIŢKI, LIVINI şi MUNIŢ (1976) au arătat că testul de inhibiţie a migrării macrofagelor este pozitiv în 56% din cazurile de schizofrenie „cronică" şi în 10% din cele de schizofrenie „acută". J. G. KNIGHT (1983) a sugerat că asemănarea schizofreniei cu bolile autoimune se poate baza pe următoarele constatări : mozaicul genetic, variaţiile de transmitere la gemenii identici, predispoziţia determinată de gene nenecesare în acele locusuri, vîrsta variabilă a debutului, variaţiile în evoluţie şi recăderile, precum şi asociaţiile între histocompatibilităţi şi boală. El a presupus că fiecare simptom acut al schizofreniei ar fi asociat cu o activitate excesivă a dopaminei cerebrale. Teoretic, aceasta s-ar putea datora fie unei creşteri a sensibilităţii la dopamină, fie unei supraproducţii de dopamină, fie producerii de antagonişti dopaminergici. În opinia autorului, simptomele acute pozitive din schizofrenie (care răspund la medicaţia antipsihotică) sînt provocate de autoanticorpi, care interacţionează cu receptorii dopaminergici şi îi stimulează în unele căi neuronale ale creierului.

Simptomele cronice negative ar putea reprezenta un răspuns autoimun faţă de unele căi dopaminergice. Declanşarea autoimunităţii de către viruşi, la subiecţii predispuşi genetic, ar putea fi importantă. De altfel, încă din 1981, H. F. BAKER şi colab. au descris unele rezultate experimentale ale ipotezei virale asupra schizofreniei :

- lichidul cefalorahidian al bolnavilor de schizofrenie are efect citopatic asupra culturilor de fibroblaşti embrionari umani ;
- lichidul cefalorahidian cu efect citopatic, injectat la animale de laborator (marmote), are, după aproximativ doi ani, un efect inhibitor asupra activităţii acestora (în raport cu animalele de laborator injectate cu LCR de la subiecţii normali).

Mai mult, similitudinea dintre unele encefalite virale şi anumite episoade schizofrenice, mai ales catatonice, a fost subliniată de mult timp (P. CHATEBRAS, 1984).

Ipoteza virală asupra schizofreniei a fost susţinută de T. CROW şi colab. în studii separate (1979, 1980, 1984), pe baza unor argumente ca :

- incidenţa variabilă, de doar 36—58%, a schizofreniei la gemenii monozigoţi (care presupune existenţa unor factori de mediu) ;
- incidenţa mai crescută a bolii la perechile de fraţi de acelaşi sex, faţă de cei de sexe diferite (prin existenţa unui pericol de infecţie crescut, legat de intimitatea convieţuirii) ;
- incidenţa mai mare a bolii la gemenii bizigoţi faţă de fraţii negemeni (ca şi în alte boli cu etiologie infecţioasă).

Autorul menţionat vorbeşte despre un virus „neconvenţional", ca posibil agent patogen. A. GOŞEVA (1979), H. LIBÎKOVA (1981) au pledat în studiile lor pentru incriminarea în această boală a unor viruşi cunoscuţi (HSV, sau alt virus herpetic) şi au demonstrat interesante relaţii între vîrstă, diagnostic şi nivelul anticorpilor rujeolici. L. şi R. ZIGLER (1983) au publicat studii asupra virusului herpetic simplu şi a interacţiunilor sale cu celule ţintă neuronale. În acelaşi an, G. I. KOLIASKINA a descris existenţa unei tulburări a activităţii funcţionale a limfocitelor în schizofrenie. E. FULLER TORREY şi colab. au considerat că un citomegalovirus ar putea fi agentul etiologic al schizofreniei, iar R. CAPPEL şi S. SPECHER au insistat asupra viruşilor herpetici. Totuşi, R. H. RIMON şi colab., studiind anticorpii anticerebrali şi interferonul în serul şi în LCR-ul bolnavilor acuţi netrataţi, nu au putut evidenţia modificări imunologice care să pledeze pentru o ipoteză virotică. KETY a susţinut că, în schizofrenie, ceea ce se transmite genetic ar putea fi o anumită susceptibilitate la unii agenţi infecţioşi sau la anumite antigene. S. şi A. G. MATTHYSSE (1978) au descris modele ale infecţiei virale cu localizări foarte specifice : virusul ar fi captat de sistemele dopaminergice, datorită unei asemănări alosterice cu acest neurotransmiţător.

În ipotezele cele mai recente, CROW şi colab. au relevat posibilitatea ca schizofreniile (şi, probabil, depresiile bipolare) să se datoreze unor infecţii virale, în care virusul să se integreze în genomul generaţiei următoare. Este luată în discuţie problema unor retrovirusuri, conţinînd gene pentru reverstranscriptază, care transformă ARN în ADN şi se inserează în genomul oaspete ca provirus. În sprijinul ipotezei virale vin studiile epidemiologice amănunţite ale lui MACHON, MEDNICK şi SCHLUSINGER (1983), care au arătat că, în rîndul populaţiei marilor oraşe, rata schizofreniei este mult mai mare decît rata generală şi mai mare decît rata la persoanele cu risc crescut. Corelînd data naşterii cu riscul de a face schizofrenie, aceste cercetări au condus spre ipoteza că persoanele predispuse, născute iarna şi în primele luni de primăvară, ar fi victime mai usoare ale unor infecţii virale (probabil cu virusuri lente) şi deci mai predispuse la schizofrenie.

O serie de rezultate privind datele imunologice sînt însă contradictorii, aşa cum se întîmplă, de exemplu, în cazul căutării unor relaţii cu sistemele de histocompatibilitate. M. GOVDEMAND şi colab. (1981) au sintetizat datele în acest domeniu, arătînd că :

- nu există o asociaţie absolut semnificativă în ansamblul lucrărilor ;
- există problema unei heterogenităţi genetice a schizofreniei ; în particular, nu ar

- exista nici o legătură între hebefrenie și schizofrenia paranoidă ;
- complexul HLA ar interveni în răspunsul la neuroleptice, în mod special prezența antigenului HLA_1 fiind în raport favorabil cu răspunsul la clorpromazină, care s-ar fixa pe situsurile HLA A_1 limfocitare, ca și dopamina, noradrenalina, propranololul.

De altfel, SMERALDI și colab. (1981) au afirmat că există o înrudire între antigenul A_1 și receptorii beta-adrenergici și dopaminergici.

După K. MIYANANGA și T. JUJI (1984) :

- locusurile HLA-DR sînt relaționate cu tulburările schizofrenice într-o măsură mai mare decît HLA-A și HLA-B și, probabil, HLA-C ;
- tulburările schizofrenice sînt bazate pe factori genetici comuni și fundamentali, relaționați cu antigenul DRW 8 ;
- diferențierea simptomelor în schizofrenie depinde de factori nelegați de HLA, cu o posibilă excepție în cazul catatoniei.

Prin examinarea locusului DR, pot fi depășite inconsecvențele studiilor anterioare despre HLA.

Nu putem să nu luăm în considerație apelul la prudență pe care l-a făcut K. FLEKKOY (1985), arătînd că, în sistemul nervos central, există circa 5 000 de gene cu secvențe de ADN specifice, dintre care, pînă la ora actuală, doar cîteva sute au fost individualizate. Un demers rațional ar trebui să localizeze secvențele ADN responsabile de boală (clar delimitate) și să precizeze funcțiile pe care acestea le au în constituirea simptomatologiei. Pînă atunci, oricît de seducătoare ar fi, ipoteza imunologică rămîne în stadiul de posibilă deschidere spre domeniu.

● **Modelul genetic.** Primele încercări de a găsi o determinare genetică a schizofreniei au fost cele ale lui KRETSCHMER (1925), care a descris tipul leptozom-schizotim, susținînd că acest caracter predispune la schizofrenie. Clasificînd „dementia praecox“, KRAEPELIN a păstrat nu numai termenul sub care MOREL a descris-o, ci și ideea că este vorba de o boală degenerativă. Datorită lucrărilor lui E. BLEULER și celor ale școlii psihanalitice, care au creat cadrul unor interpretări psihogenice sau psihanalitice ale bolii, cercetările genetice au cunoscut un moment de eclipsă. Totuși, RUDIN, LUXEMBURGER, KALLMAN au încercat să demonstreze originea genetică a schizofreniei, iar alți autori, ca EY, DESHAIES, au căutat soluții intermediare, îmbinînd ipoteza genetică cu cea mezologică. În ultimii 30 de ani, fără a se putea stabili concluzii definitive în legătură cu determinismul și transmiterea bolii, s-au formulat o serie de opinii care arată implicarea unui coeficient genetic important (C. MAXIMILIAN, C. DUCA-MARINESCU, 1977).

Studiile genetice moderne se orientează în două direcții principale :

- incidența schizofreniei în funcție de gradul de cosanguinitate la rudele schizofrenilor ;
- concordanța schizofreniei la gemeni.

Studiile din prima grupă au cuprins următoarele modalități :

● *Arborii genealogici*. Într-un studiu făcut pe o familie islandeză, căreia i s-au putut urmări toți membrii a patru generații, KARLSSON (1964) a reușit să găsească o transmitere constantă din momentul apariției primului caz de schizofrenie. Același autor notează însă, prezența, în familia studiată, a unui număr mare de personalități remarcabile. Q. DEBRAY prezintă cazul lui Victor Hugo, a cărui soră suferea de schizofrenie, boală moștenită și de fiica marelui scriitor. În același context, care invalidează ipoteza mezologică, se poate aminti cazul descendenților direcți ai lui Johann Sebastian Bach, între care s-au numărat străluciți muzicieni, dar și trei fii schizofreni.

● *Studiile fraților și surorilor bolnavilor*. Studiile lui SHIELDS și SLATER (1967), ale lui KRINGLEN (1968) au arătat, la frații schizofrenilor, o frecvență de șase ori mai mare a riscului morbid, iar KALLMAN a găsit chiar un risc morbid de 14 ori mai ridicat. După BABIGIAN (1976), riscul de dezvoltare al bolii este de 8,7% în cazul fraților, față de 1% în populația normală.

● *Copiii părinților schizofreni*. KALLMAN susține că, dacă unul dintre părinți este schizofren, riscul morbid este de 16,4% pentru copii, iar dacă ambii părinți au schizofrenie, riscul urcă pînă la 68,1%. În aceeași ipostază, ROSENTHAL (1971) situează riscul morbid între 15 și 55%. Pe un studiu realizat de MEDNICK și SCHULSINGER, s-a putut releva că, pînă la vîrsta medie de 15 ani, un grup de 200 de copii din mame schizofrene au prezentat 12 cazuri de spitalizare și 8 cazuri de tulburări comportamentale sau delincvență. HESTON și DENNEY au comparat două grupuri de 50 de copii adoptați de la naștere : primii cu mamă schizofrenă, ceilalți cu părinți normali. Rezultatele relevă : 5 schizofreni, 4 debili mintali, 13 nevrotici, față de numai 7 nevrotici în grupul martor. Alți indici care pledează cel puțin pentru o patologie latentă în primul grup sînt : nivelul școlarizării mai redus, divorțialitatea ridicată, nupțialitatea mai scăzută, mai multe scutiri de stagiu militar, delincvență de 5 ori mai ridicată. Cu toate acestea, este interesant de constatat, în același prim grup, că numărul personalităților cu înclinație artistică este mai ridicat (muzicieni, decoratori, arhitecți, pictori).

Studiul deosebit de amplu, întreprins de KETY și colab., în mai multe etape, pe copii danezi adoptați, a cuprins 513 rude biologice, precum și tutori a 33 de schizofreni cu diagnostic indubitabil (fiind considerați cazuri „index"). După aceleași criterii riguroase a fost studiat un lot martor de copii adoptați, care nu prezentau tulburări psihice. În ambele cazuri, fiecare individ a fost examinat independent de cîte trei cercetători, care au apreciat diagnosticul. După stabilirea diagnosticelor, au fost alcătuite cele patru grupe, după cum urmează :

— grupa rudelor biologice ale schizofrenilor adoptați ;
— grupa rudelor adoptive ale schizofrenilor ;
— grupa rudelor biologice ale normalilor adoptați ;
— grupa rudelor adoptive ale normalilor adoptați.

Rezultatele care ar fi putut avea o semnificație genetică trebuiau să apară la prima grupă.

TABEL CXLII

Copii adoptați	*Schizofrenie cu diagnostic spectral*			
	aparținători biologici		*aparținători adoptivi*	
	Număr	*%*	*Număr*	*%*
Schizofreni	13/150	8,7	2/74	2,7
Non-schizofreni	3/156	1,9	3/84	3,6

Diagnostic	*Rude biologice %*	*Rude adoptive %*
Schizofrenia cronică	2,9	0,6
Schizofrenia latentă	3,5	1,2
Schizofrenia incertă	7,5	2,0
Schizofrenia (diagnostic global)	13,9	3,8

Trebuie precizat că, în ceea ce privește celelalte boli mintale, nu s-au înregistrat diferențe între cele patru grupe.

● *Studiul părinților schizofreni*. Dacă ROSENTHAL (1971) dă un interval de risc destul de larg, pentru părinții probanzilor schizofreni (0,2–12%), BABIGIAN limitează acest risc la 3,8%. ALANEN (1958) studiază 92 de mame avînd copii schizofreni și ajunge la următoarele rezultate : 12 schizofreni, 11 cu psihoze neprecizate, 40 dizarmonii de tip schizoid, 21 cu tulburări nevrotice importante. Pe un grup de 30 de tați cu copii schizofreni, același autor găsește 7 psihotici, 14 cu personalități de tip borderline și 5 nevrotici. Aceste rezultate ne fac însă să ne îndoim de criteriile de diagnostic folosite de autorul finlandez.

Făcînd un studiu asupra a trei grupe de părinți, P. WENDER (1969) analizează următoarele posibilități :

— părinții biologici ai schizofrenilor ;
— părinții adoptivi ai schizofrenilor ;
— părinții adoptivi ai unor copii normali.

El constată o diferență netă între părinții din prima grupă și cei din grupa a doua, în ceea ce privește manifestările psihopatologice, dar și tulburări mai puțin marcate (totuși semnificative) în grupa a doua și a treia. O serie de autori au arătat însă că nu există diferențe semnificative între părinții adoptivi ai schizofrenilor și alți părinți naturali sau adoptivi ai unor copii nonschizofreni (cu boli sau infirmități cronice — POKORNY, KLEBANOFF, MEDNICK), tulburările psihopatologice fiind reacționale.

Al doilea grup de cercetări se referă la studiile pe gemeni. Din 11 studii urmărind predicția schizofreniei, făcute înainte de 1970, 10 studii arată o rată de concordanță crescută la gemenii monozigoți, în comparație cu cei bizigoți (R. CRANCO, 1985).

GOTTESMAN și SHIELDS folosesc metoda probanzilor și reiau 5 studii americane și europene, ajungînd la concluzia că între rata concordanței la monozigoți și la bizigoți ar exista un raport de 3 : 1 (35–58%, cu o medie de 47%, față de 9–26%, cu o medie de 15%, după aplicarea corecției de vîrstă). Și în cazul gemenilor monozigoți care au trăit separat în condiții socio-familiale deosebite, concordanțele rămîn stabile.

TABEL CXLIII

Riscul morbid în fratriile schizofrenilor

Grad rudenie / *Studiul*	*Frați și surori* %	*Gemeni bizigoți* %	*Gemeni monozigoți* %
KALLMAN	14	15	91,5
KRINGLEN	5,2	8,1	38
FISCHER	—	18—26	36—56
SLATER	5,4	14	—
GOTTESMAN	—	15	47
SHIELDS	—	81	37
TARGUM	8—15	10—50	40—50

Este de notat că, deși gemenii bizigoți nu diferă teoretic (din punct de vedere genetic) cu nimic de frații obișnuiți, totuși concordanța este mai crescută decît la aceștia : 8,1—15% față de 5,2—14% (SLATER, KRINGLEN, KALLMAN). Posibile explicații psihogenice dau autorii americani, care vorbesc despre „pattern“-uri pe gemeni, iar Q. DEBRAY — despre minuțiozitatea examinării, care este sporită de unii factori subiectivi la gemeni, ca și de erori în considerarea adevăraților gemeni (monozigoți) sau a falșilor gemeni (bizigoți).

În ceea ce privește rudele mai îndepărtate ale schizofrenilor, studiul efectuat de ZERBIN-RUDIN dă următoarele date : pentru veri 1,3—2,6%, pentru nepoți-nepoate 1,4—3,9%, bunici 1% : TARGUM (1984) dă un risc de 2,8% pentru nepoți de părinte și 2,2% pentru nepoți de văr.

TABEL CXLIV

Riscul genetic empiric la rudele schizofrenilor
(după V. ANGHELUȚĂ, ȘT. și LIDIA NICA-UDANGIU)

Grad rudenie / *Studiul*	*ZERBIN-RUDIN*	*LANGE*	*SLATER și COWIE*	*TARGUM*
Părinți	6,3%	5,1%	4,4%	—
Copii (un părinte bolnav)	13,7%	12,7%	12,3%	12%
Copii (ambii părinți bolnavi)	40—68%	60,5%	36,6%	39%
Frați (ambii părinți bolnavi)	—	8,2%	8,2%	8—10%
Frați (un părinte bolnav)	—	13,8%	13,8%	10—12%

Celelalte tulburări psihice au fost semnalate ca mai frecvente în ascendența schizofrenilor (MITSUDA, 1967) și s-au calculat riscuri empirice : 1,7% în stări obsesive, 9,3% cînd există tulburări de tipul senzitivității, cu un risc total pentru schizofrenie de 1,23% cînd rudele apropiate prezintă tulburări psihice (1,34% cînd acestea sînt frații și surorile acestor bolnavi).

M. BLEULER neagă ipoteza unui factor genetic bine definit, după cum neagă și plauzibilitatea unui factor de mediu care să ducă cu certitudine la schizofrenie (1964).

Teoria monogenetică a fost susținută inițial de BOÖK (195?), care afirmă că este vorba de o genă recesivă, care se manifestă în 80% din cazuri sub forma monozigotă și în 20% din cazuri sub forma heterozigotă. HESTON (1970) adaugă la cazurile de schizofrenie, pe cele de schizoidie, afirmînd că este vorba de o genă dominantă, cu expresie variabilă după condițiile de mediu. Teoria poligenetică este acceptată de un număr mai mare de autori, iar KARLSSON a imaginat chiar un sistem de transmitere prin două gene, cu transmitere independentă : **S** cu alela **s** și **P** cu alela **p**.

TABEL CXLV

Genotipul	*Tipul*	*Frecvența*
SS PP	normal	79%
SS Pp		
SS pp	tensifrenic	15%
Ss PP		
Ss Pp	superfrenic	5%
Ss pp	schizofrenic	1%
ss pp	autiști infantili	0,01—0,1%
ss PP	sau intîrziați	
ss Pp	mintal	

P = genă dominantă principală — frecvență 0,4
S = genă dominantă secundară — frecvență 0,3

Teoria sistemului poligenic aditiv este o extrapolare a acestei teorii, afirmînd că există un mare număr de gene cu expresivitate variabilă, care sînt condiţionate de factori de mediu. GUYOTAT (1964) susţine puţin plauzibila ipoteză a transmiterii cromozomiale, argumentînd prin numărul mare de anomalii cromozomiale întîlnite la schizofreni. Dificultatea de a stabili date concrete privind transmiterea poligenică este legată şi de imposibilitatea stabilirii unui „fenotip" al schizofreniei (schizoidia fiind doar o limitată posibilitate), de inexistenţa unor markeri biologici ai schizofreniei. Se poate afirma că, datorită heterogenităţii simptomelor biologice şi psihologice din schizofrenie, este încă departe vremea cînd datele genetice vor aduce clarificări. Posibilitatea calculării riscului genetic empiric la rudele schizofrenului a putut fi stabilită în absenţa oricărei teorii valabile privind transmiterea genetică a bolii. Dilema factori genetici sau factori mezologici rămîne deschisă, mult mai plauzibilă fiind o ipoteză „bipolară", care să încerce identificarea ambelor grupuri de cauze ale apariţiei bolii.

Dacă predispoziţia genetică pentru schizofrenie este o certitudine, nu acelaşi lucru se poate spune despre modul în care aceasta interacţionează cu factorii externi. Genetica schizofreniei pare încă la fel de impenetrabilă ca şi psihopatologia ei.

● **Modelul experimental pe animale al schizofreniei.** Mai mulţi autori au căutat să reproducă un model al schizofreniei la animal, în special datorită necesităţii de a testa medicaţia antipsihotică. O substanţă activă ar trebui să modifice un comportament anormal, iar una inactivă nu. Cu toate acestea, realizarea unui astfel de model s-a lovit de greutăţi deosebite, datorită particularităţilor psihopatologice ale bolii şi numeroaselor subgrupe clinice. Imposibilitatea reproducerii la animal a unora dintre semnele patognomonice ale bolii a reprezentat alt obstacol, alături de lipsa unor studii etologice despre schizofrenia umană (W. T. Mc KINNEY).

Amfetamina a fost unul dintre drogurile de elecţie în raport cu schizofrenia şi hiperactivitatea, mai ales datorită faptului că psihozele toxice datorate acestei substanţe, la om, sînt superpozabile uneori cu schizofrenia paranoidă. La administrarea de amfetamină la animal, s-au obţinut stări de hipervigilitate cu hiperprosexie şi hiperactivitate, pe care unii specialişti le-au identificat cu o atitudine paranoidă. Chiar scoase din colectivităţile lor, animalele cărora li se administrează amfetamine păstrează o stare de hipervigilitate, avînd un comportament de apărare cu un marcat caracter stereotip, indiferent de specie (şobolani, pisici, maimuţe). Acest comportament stereotip (deşi nu este identificabil cu vreun simptom caracteristic schizofreniei umane) dispare la administrarea de medicamente cu proprietăţi antipsihotice, prin creşterea turnoverului de dopamină, fapt ce a fost utilizat de susţinătorii modelului biochimic dopaminergic al schizofreniei. S-a încercat şi selectarea simptomatologiei de tip hiperkinetic, produsă de amfetamine în comportamentele steoreotipe, prin administrarea repetată de amfetamine, care a dus la creşterea dopaminei în sistemul striat. Creşterea activităţii motorii a fost pusă pe seama norepinefrinei, deoarece, la administrări repetate, aceasta nu se modifică (apare fenomenul de toleranţă). Cu ajutorul amfetaminelor, s-a încercat obţinerea unui model diferenţial al activităţii biochimice.

Feniletilamina este o neuroamină care se găseşte în creierul tuturor mamiferelor, cu o concentraţie deosebită în sistemul limbic uman. Administrarea ei produce comportamente stereotipe, ca şi amfetamina.

Halucinogenele au fost utilizate pe scară largă în inducerea psihozelor animale, fără ca acestea să aibe note „schizofrenice", izomorfismul comportamental presupus fiind puţin convingător.

Neurotoxinele au fost folosite în ipoteza că mecanismul întoarcerii noradrenergice este implicat în schizofrenie şi că tulburarea indusă de acestea este cronică şi parţial ireversibilă.

6 hidroxidopamina este un metabolit anormal şi influenţează schizofrenia, fapt care poate fi evidenţiat cu următoarele argumente :

- injectată în anumite zone ale creierului animal, scade răspunsul la stimuli şi diminuează comportamentele de răspuns la pedeapsă sau răsplată pe termen lung ;
- administrarea anterioară de clorpromazină blochează tulburările comportamentale produse de depleţia norepinefrinică indusă de 6 hidroxidopamină.

O altă cale de abordare a realizării modelului schizofreniei la animal a fost cea medicamentoasă, care a utilizat procedeele următoare :

● trezirea — folosită ca mecanism de inducere, pornindu-se de la postularea existenţei perturbării atenţiei la schizofreni prin hipervigilitate. Stimulîndu-se în permanenţă electric formaţia reticulată a unor şobolani (deci provocîndu-se reacţia de arousal), s-au observat, în cadrul unor probe operaţionale (analoge probelor de atenţie la om), răspunsuri similare cu cele ale pacienţilor schizofreni. Clorpromazina, care scade performanţele la şolani în cazul stimulării induse, acţionează în mod contrar, scăzînd numărul răspunsurilor. În acest mod au fost testate o serie de medicamente, cele antipsihotice avînd efectele cele mai ridicate în inversarea deficitului ;

● izolarea socială nu a putut fi folosită ca model animal relevant pentru schizofrenie, dar, prin dramatismul său, incită la cercetări ulterioare.

Modelele animale ale schizofreniei, deşi insuficiente şi încă puţin plauzibile, reprezintă, cel puţin în cercetarea farmacologică, o cale polivalentă.

● *MODELE SOCIO-CULTURALE*. Apărute, iniţial, ca o replică la prea deterministele modele biologice, care, între alte defecte şi lipsuri, îl aveau şi pe cel al incompletitudinii explicative, modelele socio-genetice sau mezologice s-au modificat, rînd pe rînd în aşa măsură, încît au devenit adesea complementare celor biologice. Chiar şi cele mai extinse şi cu o deosebită amploare teoretică, de tipul modelului psihanalitic sau cognitiv, nu au putut răspunde la cea mai mare parte a întrebărilor legate de nesfîrşita variabilitate a tablourilor psihopatologice ale schizofreniei şi, mai ales, la cele legate de transmiterea genetică şi evoluţia bolii. Totuşi, ele au avut un rezultat neaşteptat, oferind, în ultimul deceniu, baza teoretică şi practică a completării demersului terapeutic.

● **Modelul familial şi comportamental.** Dezvoltarea istorică a ideilor care susţin rolul factorilor socio-mezologici în geneza schizofreniei şi, în primul rînd, a celor familiali îşi află rădăcinile îndepărtate în concepţiile senzorialiste (CONDILLAC, TAINE) legate de viaţa psihică, care afirmă rolul mediului în construcţia persoanei (J. PRECASTING). Şcolile reflexologice şi behavioriste au dezvoltat pe larg studiile privind mediul patogen ca factor determinant în schizofrenie. Precursorii acestor concepţii au fost A. MEYER şi H. S. SULLIVAN. De asemenea, dezvoltarea studiului psihopatologiei infantile a creat condiţiile aprofundării cercetărilor privind mediul familial al copiilor autişti sau prepsihotici. O altă coordonată de dezvoltare a acestui model a fost reprezentată de orientările culturaliste ale psihanalizei, precum şi de studiile Şcolii de la Palo Alto referitoare la comunicare.

Cercetări mai vechi şi mai noi au încercat să evidenţieze, în cadrul familiei schizofrenului, acele tulburări relaţionale care ar putea fi implicate în patogeneza bolii, presupunînd că nu factorii genetici sau ereditari ar fi implicaţi, ci modelele comportamentale greşit structurate. Aceste teorii susţin punctul de vedere conform căruia nu există o boală schizofrenă, ci doar persoane schizofrenice, a căror structură a fost modelată în această direcţie de experienţele anterioare.

Comportamentul unora dintre părinţii copiilor schizofreni nu este diferit calitativ de cel al părinţilor copiilor neschizofreni, ci doar prin intensitatea manifestărilor sale. Studii foarte recente au arătat o legătură între stilul cognitiv al părinţilor şi frecvenţa tulburărilor schizofrenice la copii. Mecanismele care creează la copii structuri ale personalităţii de tip schizofren ar fi legate atît de conflictele interne induse acestuia, cît şi de modele iraţionale de gîndire, învăţate prin imitaţie sau identificare. Învăţarea socială poate fi compromisă, de asemenea, de mediul familial patologic, care concură la izolarea definitivă a subiectului şi la respingerea relaţiilor interumane obişnuite.

S. ARIETI, reluînd unele dintre studiile lui Th. LIDZ, precum şi teoriile privind dezvoltarea personalităţii copilului prin identificări succesive şi prin însuşirea sistemului de relaţii interpersonale, arată gravele deficienţe pe care acesta le întîmpină la nivel familial, atît în ceea ce priveşte posibilitatea formării imaginii de sine, cît şi a autoevaluării.

Lipsa autoidentificării şi incapacitatea de a-şi asuma roluri familiale şi sociale sînt generate de starea de insecuritate şi insatisfacţie prezente în familia schizofrenului.

Uneori, familia face faţă exigenţelor de apreciere ale copilului doar în primii ani de viaţă, atît timp cît acesta este total dependent.

Modelul matern al „mamei schizofrenogene“ a fost ţinta iniţială a tuturor studiilor, care au reuşit, dacă nu să demonstreze participarea acesteia la constituirea bolii, cel puţin să realizeze o imagine deformată şi foarte neplăcută a mamei. Se acceptă, mai nou, că o serie de comportamente considerate ca patogene sînt mai degrabă reactive decît anterioare instalării tulburărilor la copil. În faţa unor tulburări de afectivitate ale copilului (răceală afectivă, lipsă de emotivitate), întîlnite frecvent în antecedentele psihoticilor, mamele reacţionează prin exasperare, dezamăgire sau alte emoţii negative. De altfel, reprezintă o falsă problemă căutarea cu obstinaţie a factorului declanşator al rupturii relaţionale de durată care se instituie între copil şi mamă.

Se afirmă că unii schizofreni au învăţat comportamente saturate de anxietate de la mamele lor anxioase. Alţi pacienţi îşi descriu mama drept agresivă, dominatoare şi „neasiguratoare“, iar pe tată, ca fiind pasiv, absent, indiferent. Alţi autori descriu taţii drept înfricoşători, supradominatori, iar pe mame ca fiind mai mult sau mai puţin „rejective“ sau fiind „confuze“

şi supraprotective, cultivînd o „uniune simbiotică“.

Aceste manifestări iau, uneori, un aspect caricatural, cum ar fi furnizarea unor volume întregi de observaţii asupra copilului, încă din prima copilărie, care „ating limita delirului oedipian" (L. GAYRAL). Este citată, într-o serie de cazuri, maniera sufocantă, cu grave conduite hiperprotectoare, ca infantilizarea regresivă (pot fi prezente îmbrăcarea şi hrănirea adolescentului). Au mai fost luate în discuţie aşa-numitele „mame martire“, care pentru a restrînge libertatea copilului şi a înlătura comportamentele ostile ale acestuia (apariţia fenomenului de reactanţă), joacă rolul unor victime familiale sau sociale, motivîndu-şi comportamentul prin obligaţiile rezultate din rolul de mamă.

Deşi o serie de studii au arătat că părinţii schizofrenilor sînt percepuţi drept hiperautoritari, nu este clar dacă acest lucru este o cauză sau o rezultantă a bolii, cu atît mai mult cu cît copiii cu boli psihosomatice (astm, colită ulceroasă, artrită reumatoidă etc.) îşi descriu părinţii în acelaşi mod.

Atunci cînd studiile au fost mai diferenţiate în funcţie de vîrsta, statutul socio-economic şi locul de origine al membrilor familiei schizofrenului, s-au găsit deosebiri semnificative, comparativ cu alte boli şi cu normalul, în cazul mamelor.

Astfel, au apărut mai pregnante trăsături descriptive ca : neînţelegerea nevoilor şi sentimentelor copilului, „pasivitatea“ şi chiar ostilitatea faţă de copil, de care aceste mame sînt ataşate într-o manieră nefirească. Se descrie un grad de incapacitate de a se apropia emoţional sau fizic faţă de copil, uneori aceasta aflîndu-şi originea în propriile experienţe infantile. Au fost observate cazuri în care unele mame, aflate în situaţia de dependenţă infantilă faţă de propria mamă, continuă să exercite aceeaşi dominaţie asupra copilului, pe care o suferiseră ele însele în copilărie

Un grup de studii comparative au fost făcute asupra părinţilor naturali ai copiilor schizofreni, asupra părinţilor adoptivi ai unor copii schizofreni şi asupra părinţilor adoptivi ai copiilor neschizofreni. S-a obţinut un gradient psihopatologic care descreşte de la părinţii biologici ai schizofrenilor, la părinţii adoptivi ai copiilor neschizofreni, fără însă să se poată preciza gradul şi modul în care această patologie influenţează instalarea şi simptomatologia bolii. Aceste studii arată şi participarea unor factori genetici la care s-ar putea adăuga şi exprima fenotipic patologia parenterală.

Un studiu citat de H. WEINER (1985) arată că, în cuplurile de gemeni în care se îmbolnăveşte un singur copil, acesta este, în mod constant, cel care a fost mai mic la naştere. Explicaţiile ar consta în faptul că acestuia i se acordă din partea părinţilor o atenţie specială, care apoi se perpetuează în timp, fiind dublată şi de unele sentimente ambivalente care creează probleme, relaţia cu acest copil fiind mai strînsă, dar şi incertă şi conflictuală. Alte studii pe gemeni arată că acel copil mai bolnăvicios din cuplu este mai sensibil psihologic, anxios, izolat, dependent şi obsesional, dar considerăm că aceste trăsături nu sînt semnificative pentru o predispoziţie spre schizofrenie.

Unii pacienţi au dependenţă prelungită faţă de mamele lor, cu care împart dormitorul pînă la adolescenţa tîrzie, au coşmaruri, sînt enuretici şi intră în panică cînd se depărtează de locuinţa familială. Alţii au fost descrişi drept pasionaţi de lectură, neprietenoşi, singuratici, apatici, neîndeminatici, lipsiţi de interese, timizi, înclinaţi spre visare şi hipersensibili, cu izbucniri ocazionale de furie.

Alt grup este reprezentat de aşa-numiţii copii „asociali“, obraznici, lipsiţi de stăpînire şi decenţă. În sfîrşit, o altă categorie este cea a copiilor pasivi, conformişti, exagerat de ascultători şi cuminţi, foarte manieraţi, timizi în exprimare, doritori să-i mulţumească doar pe ceilalţi, docili, „fără personalitate“.

S-a constatat că riscul apariţiei schizofreniei este mai mare în cazul copiilor care vagabondează, chiulesc, au tendinţe distructive, sînt orgolioşi şi iritabili.

Toate aceste manifestări nu oferă un răspuns la întrebarea : în ce măsură sînt implicate în procesul schizofren. Ele conduc însă la ideea centrală a teoriei psihodinamice a schizofreniei, şi anume aceea a conflictelor severe legate de agresivitate.

Agresivitatea necontrolată distorsionează percepţiile, întrerupe gîndirea logică şi erodează relaţiile interumane. Izbucnirea agresivă este cel mai adesea un rezultat al frustrării, al separării şi al pericolelor traversate. Persoanele dependente au o sensibilitate crescută la astfel de evenimente şi sînt înclinate spre izbucniri necontrolate. Cu toate acestea, modelele comportamentale au un grad redus de specificitate, putînd fi întîlnite şi în alte boli sau în cazurile de inadaptare.

Modelul comportamental, în varianta lărgită sau în cea familială, nu este satisfăcător pentru explicarea apariţiei psihozei schizofrenice. Reducerea acesteia la gravele tulburări de comunicare sau de identificare nu se poate corela cu faptul că schizofrenia este un proces şi nu o dezvoltare (M. LEPETIT). Nici o constelaţie familială nu generează, în sine, tulburările schizofrenice, dar nu se poate nega rolul favorizant pe care o astfel de constelaţie îl poate avea în declanşarea bolii. De asemenea, nu trebuie uitat că potenţialul schizofrenogen al familiei ca unitate socială este dublat de potenţialul acesteia ca unitate genetică.

Studiile privind rolul familiei şi al factorilor comportamentali în geneza bolii schizofrenice au avut un impact deosebit de util asupra metodelor de abordare terapeutică şi recuperatorie a bolnavului, ceea ce reprezintă un succes de proporţii.

● **Modelul cognitiv.** Integrarea stimulilor într-o reprezentare cognitivă a mediului înconjurător, în care însuşi individul reprezintă o parte, postulată de teoria cognitivă, a atras atenţia ca o posibilă alternativă de abordare a psihopatologiei schizofreniei, dar şi a unei posibile patogenii şi, prin aceasta, ca o cale de abordare terapeutică. Stimulii nu provoacă reacţii nemijlocite într-un organism, ci sînt prelucraţi, în trepte succesive, prin mecanismul activ de percepţie şi integraţi ulterior într-un sistem cognitiv, care declanşează şi controlează reacţiile organismului. Nu se poate spune că sînt pe deplin cunoscute legităţile proceselor cognitive; din această cauză, transformările în sistemele de prelucrare a informaţiilor, generate de tulburările psihopatologice, sînt numai relativ exemplare.

Fără să se afle într-un raport de opoziţie cu modelul psihodinamic, modelul cognitiv, care porneşte de la experiment, poate eventual să-l întregească pe acesta, oferindu-şi şansa de a putea fi completat în secţiunea longitudinală. Aspectele pur psihodinamice se modifică şi se relativizează atunci cînd apar tulburări cognitive. La rîndul lor, tulburările cognitive sînt nesemnificative şi incomprehensibile în ceea ce priveşte influenţa pe care o au asupra comportamentului, dacă biografia subiectului, motivaţia şi psihodinamica relaţională sînt necunoscute. Abordarea tulburărilor cognitive este legată de dificultăţi experimentale majore, cum ar fi: imposibilitatea actuală de a avea un model congruent asupra proceselor de cunoaştere, dificultăţile de lucru cu bolnavul psihotic, instabilitatea semnelor şi simptomelor, ca şi numărul enorm al acestora.

Gîndirea şi aspectele ei complementare sînt domeniile centrale alte cogniţiei, iar tulburările acestora au constituit, în demersul explicativ al bolilor psihice, una dintre cele mai vechi căi de abordare. Se poate spune că a existat o perioadă „arhaică" a abordării cognitive a schizofreniei.

SOMMER (1894) a constatat inhibarea unor fenomene psihologice la catatonici, iar BUSCH (1908) a descris rezultatele obţinute experimental la bolnavii cu „dementia praecox", care „nu sînt în stare să încerce să-şi concentreze atenţia", subliniind, totodată, că aceste tulburări nu trebuie considerate automat ca fiind caracteristice. ZIEHEN (1902) a menţionat dereglări ale asociaţiilor în psihoze, readucînd în discuţie conceptul de „sejuncţie", pe care WERNICKE îl lansase în 1900. STRANSKY (1904) vorbeşte în „dementia praecox" despre ataxia intrapsihică ca despre o congruenţă a reprezentărilor şi simţurilor, o dereglare a interacţiunii proceselor intelectuale cu cele afective. KRAEPELIN (1909) a afirmat că în schizofrenie este vorba de „o pierdere mai mult sau mai puţin totală a corelaţiei interne şi externe a şirurilor de reprezentări (...); reprezentările diferite se aşează una lîngă alta în mod nemijlocit, determinînd o activitate psihică dezorganizată".

BLEULER (1911) a arătat că, între simptomele principale ale schizofreniei, tulburările asociative joacă un rol esenţial şi că reprezentările nu sînt în raport cu ideile care ar trebui să le genereze, paralizînd procesul gîndirii, deturnîndu-l de la fluxul său principal.

Deşi o parte dintre aceste afirmaţii aveau un caracter strict subiectiv, pornind de la observaţii clinice efectuate la începutul secolului, o serie de studii sistematice ulterioare le-au validat parţial. Atenţia a fost investigată încă din 1922, de WELLS şi KELLY şi, ulterior, de SAUNDERS şi ISAACS (1929), HUSTON (1937), RODNIK şi SHAKOW (1940). S-a putut demonstra că reacţiile la stimuli optici şi acustici sînt mai lente la schizofrenii cronici decît la omul sănătos şi că aceştia sînt incapabili să-şi mobilizeze suficient atenţia. Prin studii succesive (în perioada 1962—1969), SHAKOW a evidenţiat fenomenul de „cross over", luînd în observaţie intervalul premergător stimulului (IPS), influenţa frecvenţei acestui interval, influenţa duratei intervalului premergător (IPPS). El a ajuns la concluzia că schizofrenii reacţionează mai repede la durate mai lungi de intervale de timp premergătoare, atunci cînd acestea sînt neregulate în privinţa duratei, decît în cazul unei regularităţi (adică invers decît la sănătoşi). Combinînd într-o singură formulă timpul de reacţie, cross over-ul şi durata timpului premergător, autorul a introdus indexul S.E.T. care, în opinia sa, îi permite să facă predicţii diagnostice (ulterior, pe loturi mari, alţi cercetători au negat acest lucru, arătînd însă existenţa unor corelaţii cu gravitatea bolii).

ZUBIN şi SUTTON (1965), studiind distractibilitatea audiovizuală a schizofrenilor, au ajuns la concluzia că, dacă în cazul reacţiilor simple, la intervale de timp neregulate, se schimbă în serii stimulii acustici şi optici, schizofrenii reacţionează mai lent. ZUBIN pune această întîrziere pe seama unei inhibări şi a unei excitaţii neuronale preexistente. REY va confirma aceste cercetări, arătînd că schizofrenii sînt dezorientaţi mai ales atunci cînd, într-o perioadă scurtă de timp, trebuie să schimbe perceperea stimulului între două organe de simţ. HARTWICH, studiind percepţia unor stimuli acustici de către schizofreni, a constatat în grupa celor paranoizi o deviere marcată şi neaşteptată a atenţiei, iar în grupa celor nonparanoizi o lentoare în perceperea stimulilor. El a emis ipoteza că anumite intensităţi ale stimulilor şi cuplarea acestora pot deveni factori conjuncturali în producerea halucinaţiilor (1980), fără ca aceasta să reprezinte o modalitate explicativă a fenomenului complex reprezentat de halucinaţii („este vorba de un principiu de formare, un posibil „pilon“ al structurii halucinatorii“ — 1986). COHEN şi MAYER-OSTERKAMP au constatat că, în cazul în care subiecţilor schizofreni li se prezintă mai mulţi stimuli simultani, paranoizii îi consideră un grup compact şi stabil, iar nonparanoizii îi prelucrează mai amănunţit.

GRUZELLER şi VENABLES (1975), studiind reacţiile electrodermice de orientare, au descoperit că jumătate din schizofreni sînt nonrespondenţi, iar HEINEMAN şi STRAUBE au reuşit să stabilească o corelaţie între grupul nonrespondenţilor şi simptomatologia clinică, arătînd că aceştia au mai multe tulburări ale gîndirii normale şi mai multe inhibiţii emoţionale decît respondenţii (1981). Mergînd în aceeaşi direcţie, s-au studiat raporturile între starea de nonresponsivitate şi dilatarea pupilară (GIEDKE, 1982), arătîndu-se că mioza maximă pupilară este mai mică la nonrespondenţi. Aceste studii confirmă faptul că există, în schizofrenie, subgrupe cu reactivităţi psihofiziologice diferite, „cu limitări autonome generale ale reactivităţii“ (HEINEMAN şi STRAUBE, 1981).

Spre deosebire de prelucrarea perceptuală şi senzorială, care depinde numai în mică măsură de învăţările anterioare, prelucrarea cognitivă este strîns legată de învăţarea anterioară şi este decodificată conform memorizărilor înmagazinate. Prelucrarea stimulilor este legată, în acest mod, de reactualizarea şi aducerea în prim plan a memoriilor pe termen scurt şi pe termen lung. În 1968, CROMWELL şi DOCKEK au elaborat o ipoteză conform căreia, în schizofrenie, principala tulburare este provocată de faptul că atenţia nu poate fi comutată de la un stimul nemijlocit la altul ; informaţiile transmise cu întîrziere sînt irelevante pentru noile situaţii cărora bolnavul trebuie să le facă faţă şi împiedică prelucrarea informaţiilor esenţiale pentru această situaţie („dysattention hypothesis“). SALZINGER a lansat, în 1971, „ipoteza caracterului nemijlocit“ („immediancy hypothesis“), susţinînd o detaşare mult mai mare de stimuli imediaţi din mediu, a schizofrenilor. Dimensiunile temporospaţiale ale contactului cu stimulii, ca şi intensitatea acestora sînt deformate.

Aceste două ipoteze explicative au un caracter limitat, generat de abordarea segmentală a sistemului psihic şi de lipsa de specificitate (orice stare confuzională se poate „explica“ după ipoteza „dysattention“).

Memoria de scurtă durată (short time memory) a fost investigată în toate studiile experimentale privind cunoaşterea. Ea înmagazinează rezultatele proceselor de decodificare a stimulului din aşa-numita memorie senzorială (fenomen senzorial-perceptiv, care menţine o imagine a stimulului pentru cîteva zecimi de secundă, interval suficient decodării stimulului în componentele sale relevante).

Repetiţia este un proces special de prelucrare a stimulilor verbali, care are drept scop mărirea capacităţii de înmagazinare a memoriei de scurtă durată ; ea se desfăşoară ciclic, cu un ritm de 3—6 secvenţe pe secundă, părînd să îndeplinească atît funcţia de menţinere a informaţiei în memoria de scurtă durată, prin reprezentarea materială a stimulului, cît şi pe cea de transfer al informaţiei din memoria de scurtă durată în cea de lungă durată. O serie de studii au arătat că, în schizofrenie, memoria de scurtă durată este deficitară, din cauza unei scăderi a numărului secvenţelor care pot fi repetate în unitatea de timp. KOH şi PETERSON au arătat că schizofrenii prezintă deficite privind amintirile propriu-zise, dar nu şi recunoaşterea ca proces mnestic, iar TRAUBMAN a afirmat că, în procesul schizofreniei, apar şi tulburări ale recunoaşterii. S-a afirmat că schizofrenii ar suferi de o disfuncţie a „input“-urilor (intrărilor), care modifică decodificarea organizată şi împiedică recunoaşterile.

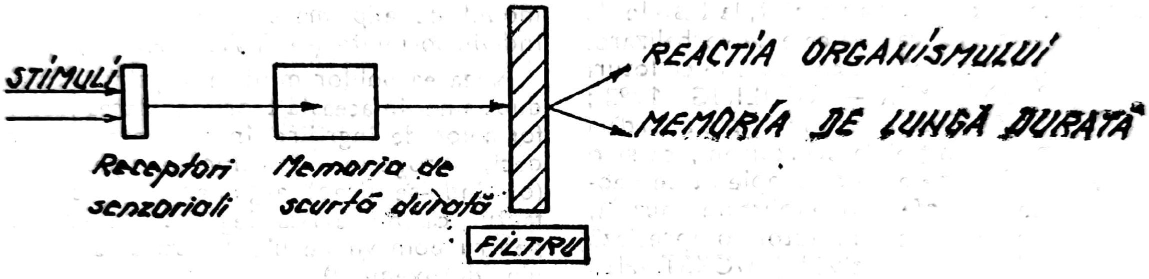
O altă ipoteză ar fi aceea a disfuncţiilor generalizate, reflectate în rezolvarea oricărei sarcini experimentale care necesită o participare a memoriei. Aprofundînd studiile asupra strategiilor de memorizare, WEINGARTNER şi colab. au ajuns la concluzia că, în faţa unor grupe de stimuli verbali, schizofrenii nu realizează în mod spontan astfel de strategii, decît dacă stimulii sugerează cu uşurinţă o asemenea organizare. Lipsa de iniţiativă în acest sens conduce la tulburări ale memoriei de lungă durată.

TRAUBMAN a făcut un studiu asupra înmagazinării unor secvenţe de cuvinte de la o repetare la alta, ajungînd la concluzia că, în cazul schizofrenilor, gradul de repetare este mai mic decît la normali, afirmaţie contrazisă de alţi autori, care găsesc performanţe similare. În faţa unor probe privind liste de termeni care trebuie memorizaţi, la schizofreni se constată un număr mai mare de erori în ceea ce priveşte termenii „paraziţi" (adăugaţi la cei prezentaţi), care se repetă la citiri succesive.

BOURNE şi PISHKIN (1977), REY (1981) au arătat că percepţia şi folosirea regulilor logice sînt mai lente la schizofren, iar SCHWARTZ, PALACE şi GILMORE (1980) au subliniat că dereglările trebuie căutate în fazele incipiente ale prelucrării informaţiei (memoria de durată ultrascurtă, de depozitare a informaţiilor ecoică şi iconică, capacitatea de preatenţie).

Limbajul şi vorbirea au fost analizate de o serie de cercetători (BROWN, CROMWEL, GOLDFARB, KRAUSS, GLÜCKSBERG, ROCHESTER, MARTIN etc.), datorită importanţei lor în explicarea tulburărilor cognitive şi pentru a se încerca identificarea unor tulburări autonome ale comportamentului verbal. Tulburările de limbaj au putut fi puse în legătură cu disfuncţiile atenţiei şi cu mecanismele de control ale acesteia, cu tulburările memoriei de durată ultrascurtă (stadiul ecoic) în mecanismele de asociaţie şi selecţie a cuvintelor.

Dificultăţile pe care schizofrenii le au în sistemele de codificare şi triaj, la nivelul memoriei de scurtă durată, par, de asemenea, să se reflecte în comportamentul verbal. O serie de experimente au condus la concluzia că, dacă prin diverse procedee li se poate induce subiecţilor utilizarea prelucrării semantice a stimulilor verbali, se pot depăşi deficienţele de memorizare. BROADBENT a elaborat, în 1958, ipoteza filtrului, care presupune că trecerea stimulilor prelucraţi în memoria de scurtă durată, spre alte posibilităţi de prelucrare, se face printr-un mecanism fizic şi motivaţional.



MECANISMUL DE FILTRU

Se presupune că, la schizofreni, acest mecanism este disfuncţional, provocînd „inundarea" sistemelor memoriei cu informaţii dinăuntru sau dinafară, schimbarea raportului dintre informaţiile „interne" şi cele ale mediului, ceea ce duce la apariţia de tulburări psihopatologice de tipul derealizării, nerecunoaşterii sau al tulburărilor percepţiei temporare etc.

YATES (1966) a elaborat teoria „stăvilarului", afirmînd că dereglarea are loc dincolo de mecanismul de filtru, prin limitarea capacităţii canalului de prelucrare. Informaţiile aflate în stadii timpurii de prelucrare se acumulează în „lacuri de stăvilar", scăzînd viteza de prelucrare şi, în consecinţă, eficacitatea răspunsurilor. CHAPMAN şi TAYLOR, studiind experimental capacitatea de conceptualizare a schizofrenicilor, au ajuns la următoarea concluzie : subiecţii au capacitatea de abstractizare şi de rezolvare a unor sarcini neobişnuite în limite normale, dar prezintă tendinţa de ignorare sau pierdere a unor concepte marginale, ca şi pe aceea de extindere a conceptelor (superincluziune).

CHAPMAN (1973) a arătat că schizofrenii au tendinţe de asociere conceptuală exagerată, care reflectă erori legate de înţelesul de bază al cuvintelor sau obiectelor, ignorînd contextul general. BROEN şi STORMS (1968) au oferit o explicaţie a comportamentului clasificator al schizofrenilor, ca fiind generat de lipsa de selecţie între răspunsurile posibile şi cele incompatibile. Autorii presupun o prăbuşire a sistemelor ierarhizate de răspunsuri la schizofreni, crescînd posibilitatea unor răspunsuri aleatorii. HULL afirmă că, la normali, tendinţele de răspuns sînt stratificate şi există mai multe posibilităţi de reacţie la un stimul sau altul, stopîndu-se reciproc în momentul unei reacţii vizibile. La schizofreni, acest mecanism ar fi dereglat atît în planul intensităţii fiecărei tendinţe de răspuns (diferită la normal, dar scăzută la acelaşi nivel la schizofren), ca şi în planul global al intensităţii tendinţelor de răspuns.

O serie de cercetări neagă existenţa unei ierarhii a răspunsurilor şi a prăbuşirii ei la schizofreni (WATSON, 1981). POLIAKOV (1973) a descris un model al dereglării posibilităţii de „actualizare a cunoştinţelor“ (scoaterea şi selectarea unor cunoştinţe satisfăcătoare pentru a rezolva o anumită problemă, pentru a construi corect şi a exprima adecvat un mesaj sau pentru a descifra, cu ajutorul engramelor, un mesaj sau un grup de stimuli dificili) drept mecanism fundamental.

Unii autori, ca SULLWOLD (1983) şi REY (1982), au afirmat că schizofrenii sînt conştienţi de deficienţele lor cognitive interepisodice. MASHALL şi HEMSLEY au postulat deficite complexe ale sistemului informaţional, de naturi diferite, în anumite segmente, iar SCHWARTZ (1978) considera dereglate cinci trepte ale sistemului informaţional.

Studii în domeniul cognitiv pentru prognozarea îmbolnăvirii la grupele cu risc crescut (risc genetic, risc social) au arătat, la testele de aptitudini cognitive, ca şi la cele de verbalizare, deficienţe „predictive“, în comparaţie cu loturi martor (ERLENMEYER — KIMILING, 1983 ; LIFSEITZ, 1985). Deşi există multiple abordări ale problemei cogniţiei la schizofreni, ca şi o serie de modele, unele de o complexitate deosebită, acestea nu oferă o explicaţie cauzală, ci una modală, pe care unii autori o apreciază drept „formală şi descriptivă“ (RUCKSTUHL, 1981). În context, s-a încercat stabilirea unor raporturi mai largi cu trăirile subiective sau chiar cu un posibil substrat cerebral. În acest sens, HUBER (1979) a arătat că tulburările bazale pot fi explicate, în general, prin evoluţia unor tulburări prefenomenale „ale filtrului selectiv al percepţiei şi prelucrării informaţiei şi ale decodificării cunoştinţelor din memoria de lungă durată a sistemului limbaj“, iar REY (1982) a considerat drept criteriu relativ stabil, din punct de vedere temporal, vulnerabilitatea.

CIOMPI, pornind de la realitatea incontestabilă că afectivitatea şi cunoaşterea sînt legate indisolubil între ele, a susţinut că, la bolnavii schizofreni, este vorba de „o alunecare a stării de echilibru într-un nou sistem de raporturi afectiv-cognitive“ (1982). Chiar dacă ipotezele cognitive sînt încă departe de a putea oferi rezolvări în ceea ce priveşte explicarea psihopatologiei sau a etiologiei schizofreniei, modelele cognitive au adus importante beneficii în metodologia terapeutică şi în evaluarea rezultatelor acesteia.

● **Modelul antipsihiatric.** Pornind de la ceea ce se dorea a fi o deviză, „boala mintală este o metaforă, un mit“, unii cercetători au creat, în deceniul al optulea al secolului nostru (dealtfel, numit şi deceniul contestatarilor, nu numai în domeniul psihiatriei) un curent teoretic prin care se încerca demedicalizarea bolii şi a bolnavului psihic. Deşi tendinţa a eşuat, cunoaşterea acestui punct de vedere este utilă, în primul rînd, pentru a-i putea evidenţia erorile şi, nu în ultimul rînd, pentru a sublinia, o dată în plus, daunele aduse bolnavului psihic prin întîrzierea instituirii tratamentului. În fine după două decenii de insuccese, putem vorbi şi de factorul timp, care nu a avut darul de a valida „terapia“ generată de acest tip de model etiopatogenic.

În contextul social-istoric al instituţiilor psihiatrice din ţările respective, psihiatri ca LAING, COOPER, FOUCAULT, SZASZ, ESTERSON au încercat (deşi unii dintre ei şi-au recunoscut ulterior greşeala) să facă abstracţie de modelul medical al bolilor psihice (în special pentru schizofrenie, psihoza maniaco-depresivă) şi să susţină ideea că aşa-zisele tulburări psihopatologice nu sînt altceva decît modul de exprimare a unui conflict generic individ-societate (→ ANTIPSIHIATRIE).

Negarea bolilor mintale, a psihozelor aduce după sine, în această teorie, anularea justificării formelor de îngrijire în suferinţele psihice şi deci, abrogarea măsurilor de igienă mintală (oferindu-se drept argument, în acest sens, faptul că nu există legiferări asemănătoare pentru bolnavii de ulcer gastric sau pneumonie, de exemplu).

A interna un bolnav pentru că este considerat „nebun“ ar fi, în opinia lui SZASZ, echivalent cu un delict incompatibil cu principiile morale ale unei societăţi libere. Astfel, diagnosticul de psihoză ar apărea nu numai golit de conţinut, dar avînd şi un atribut stigmatizator, dezumanizant, restrictiv al libertăţii şi torturant. Deci, boala mintală, respectiv schizofrenia, nu ar exista pur şi simplu, ea reprezentînd doar o categorie de comportament fenomenologic, identificabil şi, în consecinţă, valabil, determinată strict de numeroasele şi diversele evenimente de viaţă. În acest context, în opinia autorului citat, nu ar exista nici o raţiune morală care să poată autoriza privarea unui individ de libertate, în scopul de a i se acorda îngrijiri, chiar dacă el doreşte, spre exemplu, să se sinucidă. Aşadar, suicidul nu ar trebui nicicînd să fie considerat o tulburare evidentă pentru schizofrenie sau psihoză depresivă şi un accident care poate fi evitat, iar asistenţa psihiatrică, în acest caz, nu ar fi decît o atitudine ipocrită.

Abordînd existențial—fenomenologic persoanele etichetate ca schizoide sau schizofrene, LAING face dovada unei fine capacități de discriminare psihologică, dar ajunge la concluzii surprinzătoare pentru formația sa de medic, și anume că decelarea semnelor de boală de către psihiatru nu poate fi neutră, atîta vreme cît acesta se află în relație directă cu pacientul său, mai ales cînd acesta din urmă nu are o atitudine de reciprocitate. Mai mult, el definește starea de sănătate și psihoza prin datele rezultate din testarea gradului de conjuncție/disjuncție între două persoane, cuplu în care una este considerată sănătoasă prin consens. Psihoza, deci, ar reprezenta o „simplă“ pierdere a congruenței în relația „eu-el“. În aceeași accepțiune, delirul ar fi imposibilitatea stăpînirii sentimentului de decepție de a fi „real“ al persoanei, iar schizofrenul nu ar fi decît un individ disperat, lipsit de orice perspectivă în dorința sa de a fi iubit. Schizofrenia ar constitui doar „o fază de tranziție comprehensibilă de la modul de a fi în lume al persoanei sănătoase (schizoide) la modul psihotic de a fi în lume“. Astfel, psihiatria și psihanaliza devin incapabile de a exprima ceea ce într-adevăr vrea să spună pacientul, nedispunînd de un sistem lingvistic coerent, adecvat pentru o înțelegere unitară. Concepînd organismul și personalitatea ca aspecte diferite ale realității umane, autorul acceptă posibilitatea abordării metodologice a ambelor ipostaze, care, separat, ar putea fi generatoare de confuzii. Omul este considerat, în această opinie, ca un complex de obiecte, de lucruri, termenul de organism nefiind în stare să ofere spațiul necesar exprimării dorințelor, fricilor, speranțelor sau disperării. Astfel, persoanele care trăiesc experiențe de tipul „mă simt și acționez ca un robot... ca un animal etc. ...“, deși sînt considerate de majoritatea psihiatrilor drept bolnavi mintal, reprezintă, în viziunea existențial-fenomenologică, exponenții unor experiențe cunoscute anterior eforturilor științei și filozofiei de a le găsi explicații plauzibile. Psihopatologia se află, astfel, în situația de a fi incapabilă să depășească distorsiunea persoanei, impusă de propriile ei premise, deși acestea tind să fie negate. Obiectivitatea necesară abordării științifice nu poate duce decît la depersonalizarea individului care reprezintă „obiectul“ studiului și, deci, la conferirea unui caracter intențional actului de cunoaștere, care devine, astfel, fals.

Exprimarea deficienței de adaptare a schizofrenului, a pierderii contactului său cu realitatea, în termeni psihopatologici, se transpune, în opinia autorului, într-un „vocabular de denigrare“, care face abstracție de modul de a gîndi în termeni de libertate, opțiune, responsabilitate.

Opunînd selful corporalizat (sentimentul de apartenență la propriul corp, de la naștere pînă la moarte) celui necorporalizat, LAING admite că această disociație reprezintă indicatorul prezenței unei psihoze latente. În același timp, disociația persistentă între self și corp constituie condiția personalității schizoide.

Putînd apărea și la persoane normale, în situații de amenințare a „securității lor ontologice“, depersonalizarea (întîlnită relativ frecvent la bolnavii schizofreni) ar reprezenta o lume încărcată de pericole, „o închisoare fără zăbrele, un lagăr de concentrare fără sîrmă ghimpată“, care, la bolnavul de schizofrenie paranoidă s-ar constitui ca un tablou al sentimentelor și obiectelor reale, percepute însă într-un sistem fals și fără sens, generator, la rîndul său, al unui fals self. Dezvoltarea unui sistem de apărare în fața absenței primare a securității ontologice nu se poate face, în acest caz, decît prin sustragerea față de o relație creativă cu alți semeni, într-o lume proprie, populată de fantasme, gînduri, amintiri, în cea mai mare parte inaccesibilă celorlalți.

BLEULER, KRAEPELIN sînt criticați de antipsihiatri pentru descriptivismul lor spitalicesc, dăunător înțelegerii schizofreniei, lucrările lor stînd, ulterior, la baza dezvoltării unei anumite atitudini a psihiatrilor față de comportamentul bolnavului spitalizat. La eșecul receptării „adecvate“ a acestor bolnavi ar fi contribuit și faptul că psihoticii, în S.U.A., nu erau tratați, în acea epocă, de persoane cu pregătire medicală, iar medicii înșiși ignorau sentimentele pacienților lor atunci cînd îi supuneau riguroaselor, dar dezumanizantelor controale și investigații. Pentru a răspunde exigențelor existențial-fenomenologice, psihiatrul ar trebui să dispună (în viziunea lui LAING) de „plasticitatea de a se putea transpune într-o lume bizară și stranie, în care să-și exerseze propriile disponibilități psihotice, dar fără a-și pierde sănătatea mintală, în vederea înțelegerii poziției existențiale a pacientului, investind în aceasta nu numai un proces intelectual, dar și iubire“.

Punînd, în centrul conceptului de autism, disociația între fantezie și realitate, MINKOWSKI a accentuat capacitatea selfului de a intra în relație imediată cu un obiect al propriei imaginații sau memorii, dar nu cu o persoană reală. Cu toate acestea, mulți scriitori, artiști plastici, considerați schizoizi, au reușit să stabilească o relație creativă cu obiectele lumii, care corporalizau imaginile fanteziei lor.

Imposibilitatea delimitărilor nete între normalitate și boală se reflectă și în situația similară a persoanelor considerate schizoide și schizofrene. Dacă în primul caz, individul mai este ancorat în lume, în cel de-al doilea, relaționarea selfului se face cu un singur obiect, fiind marcată de întreruperea legăturilor cu lumea.

Lipsa de bază reală a percepției, ca și caducitatea scopurilor pe care și le propune sistemul falsului self reprezintă condiții pentru generarea unor sentimente nereale, fantastice, care proiectează identitatea persoanei într-o lume la fel de fantastică, volatilizată, neancorată în real, golită, sărăcită, „moartă și disociată", în care fenomenele psihotice de persecuție ar reprezenta plasticitatea selfului în fața fricii și a urii.

Această distingere a realității prin proceduri magice reprezintă, în același timp, o barieră în înțelegerea schizofrenului, la care disocierea self-corp reprezintă baza incomprehensibilității sale.

Preluînd afirmația lui C. G. JUNG că „schizofrenul încetează de a mai fi schizofren atunci cînd el întîlnește pe cineva de care se simte înțeles", LAING insistă asupra necesității ca psihiatrul să încerce să identifice coerența pacientului său prin iubire, acceptînd, fără constringeri, înțelegerea existenței totale a bolnavului și făcînd astfel ca semnele bolii „să se evapore". Pînă în prezent însă, semnele bolii nu s-au evaporat aplicînd această metodă plină de bunăvoință, dar lipsită de alt suport terapeutic.

109. SCHIZOFRENIE — dezvoltarea conceptelor psihopatologice ● Psihopatologia schizofreniei rămîne domeniul cel mai complex al psihiatriei, dar și un teren controversat, asupra căruia, deși nu mai este vorba de ipoteze sau presupuneri, se răsfrîng viziuni dintre cele mai diverse, care au condus la încadrări diferite ale semnelor și simptomelor, ca și a întregii boli ca atare.

Simptomele psihopatologice au fost cele care au permis delimitarea schizofreniei în absența oricăror markeri biologici și tot ele sînt cele care astăzi, după aproape un secol de discuții, rămîn codul de referință al acestei boli. E. KRAEPELIN a integrat primul schizofrenia în grupul bolilor „autonome", denumind-o demența precoce (dementia praecox) și unind în același cadru nosologic cele trei forme ale sale, hebefrenică, catatonică și paranoidă, care se pot amalgama în cele mai diverse modalități. În opinia sa, tabloul nosologic fundamental este caracterizat prin degradarea progresivă către calea finală, constituită de demență. În încercarea sa de a unifica stări morbide aparent disparate, KRAEPELIN face trecerea de la viziunile simptomatologice și/sau sindromologice ale vremii (MOREL, KAHLBAUM, HAEKER), care nu ofereau decît o secțiune orizontală a unor tablouri clinice pasagere, la sinteza vastă a bolii, dînd, prin criteriul evolutiv, posibilitatea aprecierii dinamicii unui proces care capătă o dimensiune temporală.

Constanza PASCAL afirmă că „KRAEPELIN a făcut pentru demența precoce ceea ce BAYLE a făcut pentru paralizia generală : a ridicat-o la rangul de entitate morbidă". Profesorul münchenez a subliniat, de la primele sale formulări, „distrugerile deosebite ale legăturilor sau armoniei interne ale personalității", precum și „slăbirea demențială" (Blödsinn). El a luat în considerație și alte simptome caracteristice schizofreniei (dar nu definitorii), care ofereau posibilitatea delimitării de psihoza maniaco-depresivă : halucinațiile, delirul, emotivitatea necontrolată, disprosexia, negativismul, relativa conservare a senzorialității. KRAEPELIN a subliniat faptul că „slăbirea afectivă" apare fără excepție în toate varietățile clinice de „dementia praecox" : „indiferența bolnavilor față de afecțiunea de altădată, în special dispariția sentimentelor față de familie, prieteni etc. sînt foarte adesea primul și cel mai important semn al debutului bolii. Chiar dacă mișcările expresive sînt vivace, bolnavii nu simt nici o bucurie adevărată, nici o tristețe, nu păstrează nici dorințe, nici respingeri, trăiesc indiferenți zi de zi". Această descriere stă la baza studiului afectivității bolnavilor schizofreni, ducînd la identificarea indiferenței emoționale, anesteziei afective, atimiei, apatiei.

Lucrările lui KRAEPELIN au întîmpinat rezistență, termenul de demență precoce determinînd obiecții atît în Franța, cît și în Germania. Critica și-a găsit cea mai puternică materializare odată cu apariția lucrării lui BLEULER „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien", în care autorul argumentează că boala nu este nici întotedauna precoce, nici nu progresează întotdeauna către demență.

E. BLEULER definește schizofreniile ca un grup de psihoze manifestate fie cronic, fie în pusee (în așa manieră încît nu se poate vorbi de o restitutio ad integrum), ale căror caracteristici sînt :

- disociația (Spaltung) funcțiilor psihice : sistem de complexe independente, care compromit unitatea personalității, aceasta fiind dominată mai degrabă de unul sau de altul din aceste complexe (Komplexen) sau tendințe (Strebungen) ;

- tulburări asociative (cauză a barajelor — Sperrungen) ;
- tulburări afective.

BLEULER a încercat să dezvolte conceptul de schizofrenie adoptînd un model mai pregnant psihopatologic şi o concepţie unitară atunci cînd afirmă că principala tulburare produsă de boală este disociaţia personalităţii. El a clasificat simptomele schizofreniei în simptome fiziogene sau fundamentale, în care le include pe cele ce nu pot fi întîlnite în alte boli psihice, derivînd din tulburări primare ale asociaţiilor şi ale afectivităţii, şi simptome psihogene sau accesorii, cărora schizofrenia le imprimă doar un aspest special. Este vorba de suprastructura psibogenă, care se dezvoltă reactiv, spre deosebire de simptomele fiziogene sau fundamentale, care îşi au originea directă în substratul organic al psihozei (pentru BLEULER, schizofrenia este expresia unei boli cerebrale, ale cărei cauze şi leziuni sînt incomplet cunoscute).

Pornind de la această concepţie, BLEULER a prezentat simptomatologia schizofreniei ţinînd seama de aşa-numitele funcţii simple şi complexe ale psihismului. De asemenea, el a subliniat integritatea unora dintre funcţiile psihice, ceea ce permite delimitarea schizofreniei de alte boli organice. Această simptomatologie cuprinde, în esenţă, următoarea delimitare psihopatologică (BLEULER, 1916) :

I. Simptome fundamentale, bazale sau primare :

A. Funcţii simple :
  1. Tulburări ale asociaţiilor ideative :
    - degradarea cursului gîndirii ;
    - interceptarea sau barajul gîndirii ;
    - perseverări ;
    - stereotipii verbale ;
    - condensarea gîndirii ; neologisme;
    - gîndire dirijată sau impusă ;
    - furtul gîndirii ;
    - rigiditatea gîndirii ;
    - ambivalenţă ideativă.
  2. Tulburări ale afectivităţii :
    - indiferenţa afectivă sau tocirea afectivă ;
    - iritabilitatea exagerată ;
    - sentimente „impuse" ;
    - rigiditate afectivă ;
    - paratimii ;
    - ambivalenţă afectivă.

B. Funcţii compuse :
  1. Autism sau pierderea contactului cu realitatea sau gîndirea dereistică.
  2. Tulburări ale voinţei :
    - abulie ;
    - apatie ;
    - ambivalenţa voinţei ;
    - trăiri de influenţare a voinţei.
  3. Tulburări de personalitate :
    - trăiri de transformare corporală ;
    - trăiri tranzitive ;
    - apersonalizare.

II. Simptome accesorii sau secundare :

A. Simptome psihice :
  1. Idei delirante :
    - de persecuţie ;
    - de influenţă corporală ;
    - de otrăvire ;
    - megalomanice ;
    - erotice ;
    - de prejudiciu ;
    - hipocondriace ;
    - de posesiune ;
    - de metamorfoză.
  2. Halucinaţii senzoriale :
    - auditive ;
    - vizuale ;
    - extracampine ;
    - olfactive ;
    - gustative ;
    - tactile ;
    - cenestezice ;
    - motorii.
  3. Iluzii.
  4. Simptome catatonice :
    - catalepsie sau flexibilitate ceroasă ;
    - stupoare ;
    - hiperkinezie ;
    - manierisme ;
    - stereotipii.
  5. Negativism, „opoziţionism".
  6. Automatisme :
    - motorii ;
    - verbale ;
    - afective.
  7. Impulsivitate :
    - crize de furie ; descărcări agresive ;
    - deambulări şi fugi.
  8. Tulburări de memorie :
    - amnezii ;
    - hipermnezii ;
    - iluzii mnezice (déjà vu, jamais vu etc.).
  9. Tulburări ale limbajului vorbit :
    - mutism ;
    - salată de cuvinte ;

  - perseverări ;
  - stereotipii verbale ;
  - neologisme ;
  - verbigeraţii ;
  - manierisme.

10. Tulburări ale limbajului scris :
    - omisiuni ;
    - folosirea nepotrivită a majusculelor ;
    - verbigeraţii grafice ;
    - scriere în oglindă ;
    - manierisme.
11. Tulburări ale personalităţii :
    - perplexitate faţă de trăirile de depersonalizare ;
    - perplexitate faţă de trăirile de derealizare.

B. Simptome somatice :

1. Variaţii ponderale.
2. Limbă saburală.
3. Hiper- sau hipotermie.
4. Tulburări de tranzit intestinal.
5. Ptialism sau uscăciunea gurii.
6. Mericism.
7. Lividitate sau cianoza mîinilor şi a picioarelor.
8. Sudori reci.
9. Edeme ale mîinilor şi picioarelor.
10. Disritmii.
11. Dismenoree, amenoree.
12. Scăderea libidoului.
13. Astenie.
14. Hiper- sau hiposomnie.
15. Hiperreflexivitate tendinoasă.
16. Tulburări ale reflexelor pupilare.
17. Parestezii şi hiperestezii.

III. **Funcţii intacte** :

1. Orientarea temporo-spaţială.
2. Memoria.
3. Atenţia.
4. Sistemul perceptiv senzorial (tulburările senzoriale, dacă apar, sînt întotdeauna secundare).

Un loc important în doctrina bleuleriană asupra simptomelor schizofreniei este jucat de conceperea delirurilor în lumina teoriei psihanalitice. Autorul arată că acestea nu sînt decît expresia unor complexe inconştiente anormale, responsabile şi de alte simptome ale schizofreniei. „Bolnavul se izolează de realitatea considerată dezagreabilă (autism) sau o transformă prin activitatea sa delirantă. Această ruptură cu lumea exterioară poate lua forma negativismului, în timp ce disociaţia asociaţiilor conduce la ambivalenţă. Conţinutul delirurilor este format din dorinţe şi credinţe, adesea de nerecunoscut prin tulburările asociative (şi poate prin exigenţele afective, în sensul cenzurii lui FREUD). Influenţa complexelor izolate se află la originea tulburărilor de memorie, a conţinutului delirurilor, a manierismelor (total sau parţial), a stereotipiilor. Barajul afectiv (indiferenţa) provine din faptul că sentimentele sînt refulate".

În acelaşi context, E. BLEULER afirmă : „Disociaţia (Spaltung) este condiţia prealabilă a manifestărilor celor mai complicate ale bolii. Ea imprimă întregii simptomatologii o marcă specială. Dar, în spatele acestei disociaţii sistematizate în funcţie de complexe, am găsit o slăbire primitivă a procesului asociativ, slăbire ce poate conduce la o fragmentare neregulată (Zerspaltung) a conceptelor celor mai solide, rezultate din experienţă. Sub numele de schizofrenie am vrut să desemnez aceste două forme de disociaţie, care adesea se confundă în acţiunea lor".

Deşi aparent adept al unei poziţii psihogenetice în determinismul simptomelor, în teoria sa asupra bolii, BLEULER admite existenţa unui „processus" (ein Prozess), care produce direct simptomele primare (cele secundare fiind rezultat fie al modificărilor funcţiilor psihice, fie al încercărilor de adaptare la tulburările primare). Evoluţia bolii pare să se facă independent de factori psihici. Prin concepţia sa, în care psihodinamica şi patoplasticitatea joacă un rol deosebit, autorul elveţian a reuşit să depăşească „aspectul mecanic al bolii, conferindu-i conţinutul unei drame umane" (D. NAVOLY, 1977). Fără a stabili o definiţie precisă, sistemul teoretic bleulerian a fost cel care a deschis calea către extensia conceptului, recunoscînd : „nu ştim care este unitatea psihopatologică a schizofreniei" (E. BLEULER, 1943).

E. MINKOWSKI, elev al lui E. BLEULER, extinde, în lucrarea sa „La schizophrénie — psychopatologie des schizoides et des schizophrènes" (1927), studiul psihopatologiei acestei boli, în căutarea unei tulburări fundamentale, care să stea la originea tuturor simptomelor bolii. Influenţat de lucrările lui BERGSON, va muta accentul de pe tulburările asociative (slăbirea asociaţiilor) pe „pierderea contactului vital cu realitatea", din care va încerca să desprindă „simptomele cardinale şi manifestările cele mai caracteristice ale schizofreniei".

De asemenea, el va acorda un spaţiu important, în lucrarea sa, constituţiei schizoide semnalate de KRETSCHMER, pe care o consideră „cel mai considerabil progres care a fost realizat în domeniul schizofreniei după crearea acestei noţiuni". MINKOWSKI admite schizoidia ca teren pe care se poate dezvolta schizofrenia, precizînd însă că schizoidia nu este o boală, ci „o predispoziţie sau un teren“. „Noţiunea de schizofrenie tinde să se descompună în doi factori de ordin diferit : în primul rînd, schizoidia, factor constituţional specific prin excelenţă, mai mult sau mai puţin invariabil prin el însuşi în cursul vieţii, de natură evolutivă, susceptibil să determine un procesus morbid mintal“.

MINKOWSKI face (aşa cum făcuse şi BLEULER) distincţia între „demenţa schizofrenică“ şi „demenţa adevărată“, arătînd că doar modul de reacţie al schizofrenilor „simulează“ întrucîtva demenţa. El afirmă că schizofrenul *ştie* unde se află, dar nu se *simte* în locul pe care îl ocupă ; „eu exist nu are un sens precis pentru bolnav“. Demenţa schizofrenică nu este decît o „parademenţă“ (P. NAYRAC) sau, mai bine zis, o „demenţă pragmatică“, pentru care autorul preferă termenul de „deficit pragmatic“.

Printre tulburările gîndirii schizofrenului, MINKOWSKI menţionează raţionalismul morbid, generat de faptul că bogăţia şi mobilitatea vieţii dispar, fiind înlocuite cu formule abstracte care determină o atitudine profund bolnăvicioasă a individului : „el doreşte să gîndească şi să acţioneze fără să ţină seamă nici de ideile celorlalţi, nici de contingenţele exterioare, ceea ce îl conduce, din punct de vedere intelectual, la eroare şi, din punct de vedere practic, la absurd“.

Autismul este considerat punctul central al psihopatologiei schizofreniei : „individul se detaşează de realitate şi se repliază asupra lui însuşi sau, mai ales, asupra complexelor pe care le poartă în el şi care îl absorb de acum înainte în întregime ; el preferă lumea sa imaginară în detrimentul realităţii şi traduce în exterior această stare de lucruri, mai ales în cazurile grave, printr-o atitudine care combină ostilitatea cu pasivitatea şi imobilitatea în raport cu lumea exterioară“. În cadrul autismului, concepţia minkowskiană pune accentul pe „activitatea în mod primitiv autistă“, pe care o consideră „cheia de boltă a întregii schizofrenii“.

Autorul relevă modificările „ciclului activităţii personale“, care, în absenţa sintoniei (care asigură limitele elanului personal), este lipsit de perioade de odihnă, devine mecanic, se compune din „acte fără viitor“ şi fără finalitate. Odihna este înlocuită cu inerţia, care este trăită „în vidul interior, vid rece şi lugubru“. Visarea din viaţa oricărui individ normal, perioadă de acumulare şi punct de plecare spre acţiune, este înlocuită la schizofren cu imobilitatea, cu lipsa oricărei perspective temporale şi a oricărei prospectări a viitorului. „Elanul personal este paralizat, ca şi cum ar fi distrus pentru totdeauna. Nici o adiere nu animă această suprafaţă imobilă“.

Pierderea contactului vital cu realitatea nu semnifică doar indiferenţa şi inactivitatea, ci şi faptul că „activitatea lor este amputată, oarbă, inadaptată vieţii“ (P. GUIRAUD).

Autismul este descris de MINKOWSKI în două variante : „autismul bogat“ (care are drept prototip visul) şi „autismul sărac“ (care arată „tulburările schizofrenice în stare pură“). Autismul bogat este caracterizat prin construirea unei lumi imaginare, în care complexele joacă un rol preponderent, determinînd conţinutul simptomelor şi variaţiile lor, adesea incomprehensibile. Autismul sărac este o izolare generată de deficitul instaurat de tulburarea primitivă, declanşatoare a mecanismelor compensatorii, care se hipertrofiază. „Schizofrenul visător nu este cu atît mai mult schizofren pentru că este visător, ci el este schizofren înainte de toate şi mai apoi visător. Căci nu există reverie morbidă propriu-zisă şi nici nu poate exista ; nu există decît elemente de reverie mai mult sau mai puţin modificate, mai mult sau mai puţin alterate, care persistă într-o personalitate morbidă“.

MINKOWSKI arată că „atitudinile morbide“ sînt tentative de a căuta un nou echilibru, de a compensa tulburarea fundamentală, „pierderea contactului *vital* cu realitatea“.

Abordînd schizofrenia din punctul de vedere al concepţiei sale organodinamiste, H. EY reuşeşte să ofere strălucite pagini de psihopatologie, care completează imaginea clinică a bolii cu descrieri de o deosebită fineţe. În opinia sa, procesul schizofren comportă două dimensiuni care se articulează : una, care este furnizată de „pathosul“ pacientului — experienţa delirantă ca o modificare delirantă a trăirilor ; cealaltă, pe care şi-o furnizează singur, prin angajarea propriei sale persoane în construirea unei lumi delirante a inconştientului.

Dezagregarea vieţii psihice va da naştere unei serii de simptome *negative*, modul schizofren de destructurare a conştiinţei şi persoanei, numit *sindromul de disociaţie*. Vidul creat tinde să se colmateze cu o producţie delirantă *pozitivă*, avînd un conţinut particular, numit delir autistic sau autism. Cele două tipuri-simptome constituie o „modalitate dublă şi complementară de a fi inconştient, ceea ce face din procesul schizofrenic modelul cel mai complet al Delirului“. Procesul schizofrenic „este formula cea mai autentică a alienării“, apropiindu-se, în fazele sale iniţiale sau evolutive, de psihozele delirante acute, rupînd „îndiguirile“ care mai reţin subiectul în sistemul realităţii în perioadele de stare, „pentru a crea o lume autistică, în care halucinaţia pierde calităţile sale de referinţă perceptivă, pentru a se transforma în ideaţie pură sau iniţiere fabulatorie".

Caracterele comune ale celor două grupe de fenomene complementare (şi intim legate între ele) sînt date de ambivalenţă, bizarerie, impenetrabilitate şi detaşare, acestea constituind fundalul caracteristic al întregii simptomatologii schizofrenice.

Succesiunea fenomenelor psihopatologice ale schizofreniei este prezentată de H. EY astfel :

- **sindromul de disociaţie** (dezagregarea vieţii psihice) :
  - tulburări ale cursului gîndirii şi ale cîmpului conştiinţei :
    - pierderea coeziunii, armoniei şi eficienţei gîndirii ;
    - modificarea asociaţiilor ;
    - barajul ;
    - diminuarea eficienţei perceptive ;
  - tulburări de limbaj :
    - mutism, semimutism, „reverie verbală" ;
    - dezintegrarea ritmului şi articulării pronunţiei cuvintelor ;
    - alterări ale semanticii (neologisme, salată de cuvinte) ;
    - comunicarea : o „semantică personală" ;
  - alterarea sistemului logic :
    - gîndirea arhaică şi dereală ;
    - căutarea „abstracţiilor vide" ;
  - dezorganizarea vieţii afective :
    - discordanţa afectivă ;
    - prăbuşirea legăturilor afective ;
    - inadaptarea expresiilor emoţionale ;
    - dezlănţuire pulsională ;
    - indiferenţă aparentă ;
    - atimhormia ;
    - opoziţionismul, negativismul ;
  - discordanţă psihomotorie (comportamentul catatonic) :
    - tulburări ale iniţiativei motorii ;
    - paramimii ;
    - manierisme gestuale ;
    - impulsiuni ;
    - negativism motor ;
    - stereotipii ;
    - catalepsie ;
- **delirul paranoid** :
  - trăirile delirante :
    - sentimente de influenţă şi stranietate ;
    - halucinaţii ;
    - stări de depersonalizare ;
    - deliruri de metamorfozare fantastică ;
    - ghicirea şi sustragerea gîndurilor ;
    - „teleghidare" ;
    - ecou al gîndirii ;
    - automatism mintal ;
  - elaborarea delirantă secundară ;
  - modificarea autistică a persoanei schizofrenului.

Autorul francez arată că lumea autistică este lumea fantasmelor arhaice, o lume a alienării, al cărei nucleu este constituit de delirul halucinator noetico-afectiv. „Catastrofa schizofrenică aboleşte raporturile sociale, distruge orice coexistenţă, dezinvesteşte obiectele de încărcătura lor afectivă".

Schizofrenia este concepută ca o reală dezorganizare a fiinţei, „o alterare radicală a persoanei şi lumii" individului bolnav, care încetează să mai „existe".

Respingînd mitul impenetrabilităţii schizofreniei, o serie de psihiatri de formaţie fenomenologică au încercat abordarea experienţei şi existenţei schizofrenului într-un mod comprehensiv. JASPERS, MINKOWSKI, KUHN, KURZ, WYRSCH, BINSWANGER, WAELENS, LACAN, TATOSSIAN au căutat să descifreze, din perspectivă fenomenologică, această „prezenţă în lume" care este schizofrenul, evitînd diagnosticul stabilit după modelul semiologic, în favoarea celui „de penetraţie" sau a celui „de atmosferă" (TELLENBACH).

Fenomenologia a determinat precizarea limitelor posibilelor explicaţii, arătînd că psihanaliza nu oferă decît o explicaţie finalistă. „Decăderea lumii" (Verfallen), imposibilitatea comunicării şi coexistenţei, metamorfozarea existenţei (Dasein), „metamorfozarea" discursului, devenit expresie a unei „existenţe pierdute în prăpăstiile contradicţiilor şi misterelor terifiante" (H. EY), abisuri de vid şi singurătate, toate acestea se concretizează pentru a demonstra unicitatea incomprehensibilei enigme care rămîne destinul schizofrenului.

Descoperirea unui sens şi a unei finalităţi în autismul schizofren a fost una din preocupările „fenomenologice" cele mai vechi, începînd chiar de la descrierea lui BLEULER. Autismul, văzut din punct de vedere fenomenologic ca o formă globală de existenţă, cuprinde, după MINKOWSKI, atît activităţile autistice, cît şi interiorizarea, „absorbţia personalităţii de către viaţa interioară". Ruperea echilibrului, necesar în viaţa normală, dintre funcţia realului şi cea a irealului duce la pierderea contactului vital cu realitatea, văzută ca o denaturare a „categoriei fundamentale a simţirii şi trăirii". Absenţa complicităţii prereflexive cu lumea şi cu sinele — complicitate care le face familiare şi demne de încredere, cunoscute înainte de a fi recunoscute (CALLIERI şi colab., 1971) — este fondul pe care acţiunea umană este compromisă, nu doar în ceea ce s-ar putea numi angajare, dar chiar în mişcările cele mai elementare, aşa cum se întîmplă în catatonie (A. TATOSSIAN, 1979), mai ales că mişcarea umană nu este niciodată o simplă mişcare, ci o deplasare de sine, o automişcare (J. ZUTT). Autismul bogat nu este, în fapt, decît o înlocuire în plan imaginativ a cadrelor de viaţă pustiite de autismul sărac, o încercare de a acoperi „lacunele" care se formează în sinea bolnavului cu fenomene de care acesta dispune încă, pentru a încerca să facă să supravieţuiască aspectul uman.

Compensarea prin atitudinile schizofrenice ar fi de ordin formal şi nu de conţinut, s-ar desfăşura nu într-un timp gol, ci într-un gol de timp (BINSWANGER). STECK consideră atitudinile ludice şi ironice ale schizofrenului ca atitudini de apărare, reacţii împotriva angoasei. Pentru schizofren, „săgeata timpului" îşi pierde atît sensul, cît şi semnificaţia. „Timpul trăit" îşi pierde nu numai continuitatea (devenind fragmentar, neregulat), ci şi ireversibilitatea (telescopaj, stagnare), putînd fi considerat fundalul pe care această existenţă haotică se desfăşoară. Existenţa schizofrenului nu are devenire, între el şi lume apare un dezacord fundamental, deoarece timpul lumii nu mai este şi timpul său. Timpul trăit de schizofren este un prototip, o plasă cu ochiuri inegale, în care bolnavul se încurcă permanent. BLANKENBURG consideră „pierderea evidenţei naturale" drept tulburarea fundamentală.

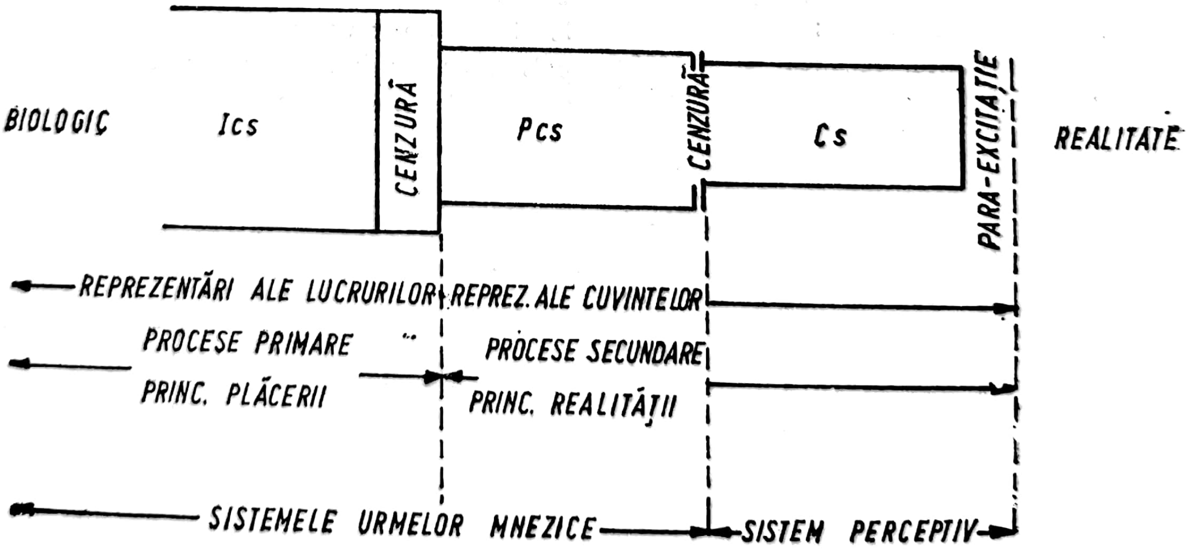
După BINSWANGER, formele autismului sînt forme de fiinţare, „unde prezenţa umană este aruncată fără să facă nimic pentru aceasta, independent de problema de a şti dacă această singurătate absolută (Geworfenheit) se manifestă în intenţii sau într-o trebuinţă nonintenţională". După KUNZ, mecanismul adevăratului delir schizofrenic este caracterizat prin alterarea atît de importantă a ideaţiei, încît antrenează modificarea personalităţii şi a întregii existenţe a individului, iar ceea ce este exprimat prin delir nu se raportează la complexele funcţionale, care ar putea fi separate, ci la existenţă (Dasein) şi alterările sale. Delirul primar semnifică irumperea brutală a unui mod de existenţă, fundamental diferit de modul cotidian şi radical deosebit de acesta (H. RÜMCKE).

Modul de însingurare din delirul primar este diferit de cel din delirul secundar prin faptul că, în timp ce în cazul delirantului secundar relaţia de comunicare cu lumea nu se mai împlineşte, cu toate că aceşti bolnavi rămîn orientaţi spre lume, în cazul schizofrenului, izolarea care se produce de la debutul bolii se dezvoltă intern, devenind un nou mod de a fi într-o lume modificată, care îi devine adecvată bolnavului (KUNZ). Însingurarea delirantului psihogen este o retragere, cea a schizofrenului — o izolare (RÜMCKE).

Deşi nu se poate nega aportul pe care acest punct de vedere îl are în explicarea schizofreniei şi faptul că a permis ieşirea din tiparele rigide implicate de abordarea semiologică, există încă o largă sferă de probleme pe care această abordare nu le poate rezolva, cu atît mai mult cu cît diversitatea formelor de boală face puţin operant demersul metodologic minuţios, specific fenomenologiei.

Un alt unghi din care a fost privită schizofrenia este şi cel al psihanaliştilor, care pleacă de la ipoteza existenţei elementului psihotic anterior manifestării propriu-zise a psihozei.

Schema freudiană clasică a acestui proces este următoarea :



Conform acestei scheme :

- Biologic : Ics = Inconştient (inconştientul este apropiat de biologic)
  Pcs = Preconştient
  Cs = Conştient, separat de Realitate prin Para-excitaţie.
- Cenzura între Inconştient şi Preconştient este prima cenzură, cea mai puternică.
- Cenzura între Preconştient şi Conştient este o cenzură mai uşoară.
- Inconştientul conţine procesele primare şi funcţionează după principiul plăcerii. Aici se formează reprezentări ale lucrurilor.
- Relaţia Preconştient-Conştient se manifestă în procesele secundare şi funcţionează după principiul realităţii. Aici se formează reprezentări ale cuvintelor.
- Inconştientul şi Preconştientul conţin sistemele urmelor mnezice.
- Conştientul conţine sistemul perceptiv.

În această schemă, A. ACHAINTRE şi I. BERGERET (1986) introduc următoarele modificări :

- între Realitate şi Biologic există un schimb reciproc de mesaje, schimb care funcţionează „în buclă" ;
- există două sisteme de para-excitaţii : sistemul para-excitaţiilor interne (PEI), spre extremitatea Biologicului, şi sistemul para-excitaţiilor externe (PEE), spre extremitatea Realităţii ;
- Inconştientul se divide între un Inconştient primar şi un Inconştient secundar ; Inconştientul primar este de natură filogenetică, rămîne în permanenţă inconştient şi conţine un nucleu de atracţie (refularea originară) pentru constituirea Inconştientului secundar ;
- între Inconştientul secundar şi Preconştient există un permanent schimb de reprezentări, trecînd prin prima cenzură

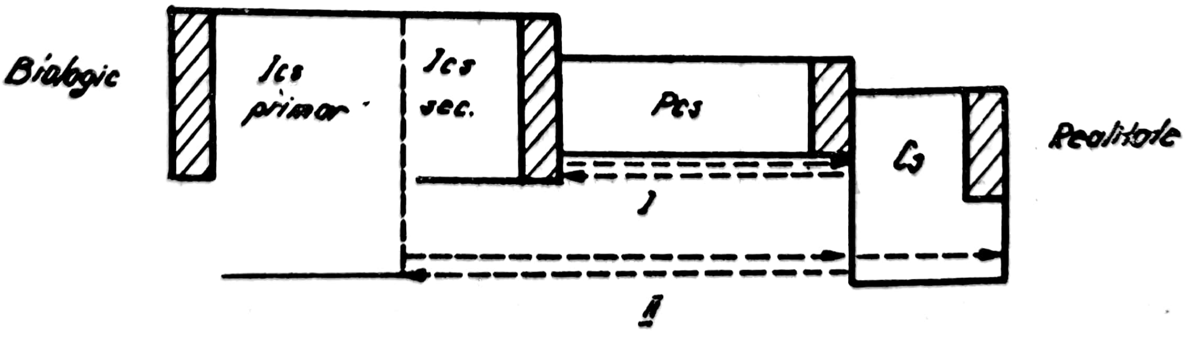
În conformitate cu *modelul psihotic* marcat de insuficienta structurare oedipiană, de carenţa celor două cenzuri şi de slăbirea para-excitaţiilor, se produc următoarele schimburi :

- un schimb în cantităţi mari şi în mod direct între sistemul Percepţie-Conştiinţă-Realitate şi Inconştientul secundar ;
- un schimb între sistemul perceptiv şi Inconştientul primar (conţinuturile Inconştientului primar pătrund în sistemul perceptiv, fără a fi elaborate sau simbolizate suficient mintal) ;
- absenţa sistemului para-excitaţiilor la extremitatea Conştiinţă-Realitate face ca aceste conţinuturi să atingă uşor Realitatea.

Astfel, au loc :

- — schimbări directe între Inconştientul secundar şi Conştient ;
- — schimbări directe între Inconştientul primar şi Conştient ;
- — aceste schimbări nu beneficiază de un travaliu de elaborare în Preconştient (nu suportă acţiunea tranzitorie a Preconştientului) ; psihoza nu exclude mecanismele nevrotice, dar ea presupune şi mecanisme proprii de funcţionare.

Negarea realităţii nu ar fi, propriu-zis, un mecanism psihotic, ci ar reprezenta un efect al psihozei, efect constînd într-o incapacitate nu numai senzorială si perceptivă, ci mai ales cognitivă (insuficienţa proceselor de secundarizare face ca psihoticul să nu fie în stare să construiască un real care să se articuleze atît la nivelul obiectual exterior, cît şi la nivelul pulsional ; travaliul de secundarizare presupune schimburi între Preconştient şi Inconştientul secundar).



Funcționarea topică a modelului psihotic
Ics prim. = Inconștientul primar
Ics. sec. = Inconștientul secundar
Pcs = Preconștient
Cs = Conștient
I = prima zonă de schimburi reprezentative directe
II = a doua zonă de schimburi reprezentative directe.

În psihoză, Inconștientul primar acumulează energii care nu trec prin sistemul Preconștient-Conștient, nu intră în lanțuri (asociative) mnezice; pulsiunea rămîne în stadiul prereprezentării; aceste energii nu sînt legate, ele nu sînt prinse într-o organizare mnezică activă.

Etape ale procesului psihotic (A. ACHAINTRE, J. BERGERET, 1985):

- Acumulare de energii libere în Inconștientul primar și în Inconștientul secundar. Nu se formează reprezentări care să treacă prima cenzură, către Preconștient; Preconștientul nu se încarcă de legături energetice semnificative; în antecedentele psihoticului aceste lucruri se manifestă prin: insomnii, coșmaruri, somnambulism, tulburări caracteriale (ar fi vorba aici de un deficit masiv de legare a energiilor în reprezentări și lanțuri mnezice la nivelul Preconștientului); este stadiul la care intervențiile psihoterapeutice se dovedesc eficiente.
- Fisurarea și ruptura cenzurii sub presiunea energiilor din Inconștientul primar și secundar; este procesul de cristalizare schizofrenică.
- Invazie a persoanei cu aceste energii profunde (angoasă intensă, agitație, dezorganizare).
- Persoana fie realizează un act suicidar, fie încearcă „măsuri de siguranță": izolarea autistă, folosirea unor resturi din Conștient-Preconștient în constituirea unui delir. Bolnavul nu se salvează pe sine, ci salvează „ceea ce poate" din sine. Este o stare de „toxicoză intrapsihică".

În ceea ce privește teoria psihanalitică, au fost tot mai vehemente reacțiile împotriva abstractizării exagerate prin care acest sistem de instanțe substituia legăturile originare între Eu și Tu, înlocuind interacțiunea unui aparat mintal cu altul. În afara acestui punct de vedere existențial, alte puncte de vedere, mai critice, au ajuns să afirme că influența teoriei freudiene asupra explicațiilor și, implicit, asupra teoriei schizofreniei a marcat un mare pas înapoi pe planul eforturilor depuse de medicină, în general, și de psihiatrie, în special, în studierea acestei boli.

Mai mult decît în Europa, în S.U.A., psihanaliza a cîștigat un teren fertil, prin modul călduros în care a fost îmbrățișată opera lui FREUD și a discipolilor săi, dominînd puternic, chiar și în zilele noastre, o proporție a psihologiei și mai ales a psihiatriei americane. Astfel, după cum relevă MAYER-GROSS (1978), vehicularea teoriei etiologiei biologice și chimice a nebuniei se făcea simțită încă de la sfîrșitul secolului al XIX-lea, dar dezvoltarea și răspîndirea ei au fost în mare măsură frînate de „psihologii și psihiatrii care s-au succedat, reușind să convingă milioanele de cetățeni ai „psihosocietății" noastre că rădăcinile acestui rău redutabil nu se găsesc în biochimia creierului, ci în sînul psihologiei familiale... în relațiile perturbatoare, în special între mamă și copil".

Ignorînd faptul că o persoană din o sută suferă de schizofrenie, indiferent în ce colț al lumii, și că simptomele și deteriorarea personalității, specifice bolii, au existat odată cu condiția umană, psihanaliza a generat, în cazul schizofreniei, o blamare suplimentară a membrilor familiei bolnavului, prin importanța atribuită „păcatelor" psihologice. În ciuda particularităților pe care le îmbracă fiecare caz de schizofrenie, anatema aruncată asupra familiei este aceeași.

Psihiatri ca S. ARIETI au susținut că schizofrenul se naște, fără excepție, într-un „mediu familial perturbat, incapabil de a-i asigura minimum de securizare și încredere".

Conform teoriei psihanalitice, tînărul schizofren ar fi nevoit să lupte în tot cursul copilăriei sale contra unui Ego disociat și a unei vieți imaginare supradimensionate, pentru ca, ajungînd la vîrsta adultă, să fie cuprins de „panica schizofrenă", în care pulsiunile refulate din prima copilărie revin, pentru a-l înfrunta. Schizofrenia devine astfel singura posibilitate de apărare a tînărului adult împotriva acestor pulsiuni inconștiente și inexorabile.

Pornind de la ideea dedublării personalității ca principal semn distinctiv pentru schizofrenie, E. BLEULER a generat un concept „poetic", dar devenit nemedical prin contribuția lui FREUD care a accentuat în mod deliberat dimensiunile simbolice și conjuncturale ale acestuia, „forțînd schizofrenia să iasă pe poarta științei". Acest moment în dezvoltarea psihiatriei este considerat nefast pentru perspectiva investigațiilor științifice în domeniul tulburărilor psihice, care, poate, ar fi cunoscut un progres mai rapid.

Punctul de vedere psihogen asupra nebuniei oferea, în schimb, promisiunea speranței, prin cunoașterea, mediată de relevarea simbolismului, a inconștientului, ca o cale extramedicală, de sorginte filozofică şi magică. Schizofrenia se prefigura în acest model ca o prelungire a unei nevroze banale, iar îngrijirile acordate ei nu necesitau, ca atare, un mediu spitalicesc, ci se puteau acorda în cabinetele particulare ale psihanaliştilor şi psihoterapeuţilor, psihoterapia fiind unicul mijloc de luptă contra bolii mintale.

Toate acestea au constituit, fără îndoială, o piedică în tratamentul fazei acute a schizofreniei.

Studiile comparative întreprinse în domeniul terapiei schizofreniei, utilizînd fenotiazinele şi psihoterapia (MAY), cele pe gemeni monozigoţi şi copii adoptaţi ş.a. au invalidat, progresiv, teoriile psihanalitice mai vechi şi mai noi, contribuind, alături de progresele realizate în biochimia creierului, în genetică, epidemiologie şi sociologie, la instaurarea fermă a modelului ştiinţific în explicarea schizofreniei.

Această concepţie privind etiopatogenia schizofreniei nu rezolvă problema psihozei şi nici problema terapiei psihoticului. Abordarea psihoterapeutică a schizofreniei este astăzi o realitate, dar ea rămîne o abordare printre altele, în sensul că nu rezolvă decît parţial anumite probleme ale personalităţii psihoticului. Restructurarea acestei personalităţi este deosebit de dificilă şi frecvent imposibilă, chiar în perspectiva unei terapii analitice.

Un alt aspect în psihopatologia schizofreniei, cel legat de existenţa unor personalităţi cu risc crescut, concept deosebit de tentant, avînd în vedere posibilitatea depistării unei personalităţi preschizofrenice, adică a unui anume tip uman predispus la a se îmbolnăvi de schizofrenie, a prins un contur deosebit, odată cu lansarea, la începutul secolului, a conceptului biotipologic al lui KRETSCHMER, a celebrei sale linii schizotim-schizoid-schizofren şi ciclotim-cicloid-maniaco-depresiv. Studiile lui Von RHODEN, MANZ, ENKEN au stabilit că incidenţa cea mai crescută o prezintă asocierea schizofreniei cu biotipul longilin astenic, apoi cu tipul atletic sau displastic şi cea mai scăzută — cu tipul picnic. Psihotipul corespunzător, schizotim-schizoid-schizofren, prefigurat de şcoala de la Tübingen, a suscitat discuţii referitoare la baza preexistentă, precoce, a schizofreniei. Deşi schizoidia a fost concepută ca graniţă între starea de sănătate şi boală, trăsăturile schizoide „preschizofrenice“ nu au putut fi decelate în toate cazurile (numai 30%, în statistica lui BLEULER). Pe de altă parte, ea se manifestă şi în familiile neschizofrenice. Din aceste considerente, schizoidia poate fi interpretată în unele cazuri ca manifestare modificată a genotipului schizofren, a unor predispoziţii parţiale sau a heterozigotismului. Bazate exclusiv pe observaţii clinice, afirmaţiile psihiatrilor germani au rămas multe decenii în urma supoziţiilor, fiind parţial înlocuite de alte concepţii psihologizante asupra modului în care personalitatea poate fi implicată în geneza procesului schizofren, pînă cînd, în anii '60, au început să ia amploare studiile bazate pe o adevărată strategie a investigaţiilor, privind expunerea unei populaţii la riscul contractării unei anumite boli. De atunci, au fost realizate progrese importante în cunoaşterea schizofreniei, metodele moderne de cercetare reuşind să aducă noi date referitoare la această problematică de mare tradiţie în domeniu, adică răspunsul la întrebarea : există persoane vulnerabile la schizofrenie înainte ca aceasta să se manifeste ?

Răspunsul, indiferent de proporţia de conţinut afirmativ pe care îl realizează, implică, deopotrivă teoretic şi practic, două direcţii : cea a posibilităţii identificării unor trăsături preexistente în personalitatea bolnavului, ca una dintre cauzele determinante ale bolii, şi cea a creării cadrului unei intervenţii preventive.

Pornind de la studiile genetice şi de la cele realizate în special pe copii adoptaţi, MEDNICK şi SCHULSINGER (1963) au pus bazele primelor investigaţii avînd drept scop relevarea prezenţei riscului crescut al unor indivizi la schizofrenie. În cadrul acestui adevărat „experiment natural“ (L. R. MOSHER, 1982), cercetătorii, în special cei americani au încercat să elucideze unele probleme ridicate de constatările că probabilitatea de a întîlni „preschizofreni“ în grupurile de populaţii de copii cu părinţi schizofreni este de 10—15 ori mai mare decît într-un lot aleator de populaţie, în care incidenţa schizofreniei este de 1%.

Deşi datele studiilor longitudinale întreprinse se află încă în faza unor preliminarii, a fost posibilă totuşi realizarea descrierii unui tablou premorbid al viitorului schizofren. Astfel, din sinteza oferită de MOSHER şi colab. (1973, 1982), redăm următoarele caracteristici probabile :

- existenţa unor tulburări în timpul vieţii intrauterine sau la naştere ;
- existenţa unor anomalii neurologice din prima copilărie ;
- capacitatea scăzută de elaborare a răspunsurilor la stimuli ;
- comportament retras, atenţie slabă, manifestate la vîrsta de 2—3 ani, care se transformă ulterior, la copil, în inhibiţie sau în absenţa controlului asupra propriilor afecte ;

- grave tulburări de comportament în timpul şcolarizării (de obicei, agresivitate la băieţi şi inhibiţie marcată, la fete);
- dificultăţi în relaţionarea cu colegii şi sentimentul de marginalizare;
- la examenul neurologic: semne nespecifice care tind să dispară după vîrsta de 11 ani;
- creşterea gradului de dificultate în relaţionarea cu colegii la vîrsta adolescenţei;
- solitudine, izolare şi imposibilitate de a-şi face prieteni intimi.

Realizarea unui astfel de „portret-robot“ al viitorului schizofren poate satisface unele considerente practice, dar necesită, în acelaşi timp, realizarea unui efort din partea echipei psihiatrice de a evita pericolul unei etichetări premature a copiilor care prezintă unele dintre trăsăturile de mai sus şi, consecutiv, o intervenţie programatică inadecvată.

Luîndu-şi măsurile de precauţie, psihiatrii au, în stadiul actual al cunoştinţelor despre schizofrenie, capacitatea potenţială de a identifica în mod corect copiii preschizofreni, justificîndu-se oportunitatea iniţierii unor ample măsuri de intervenţie primară. În ciuda dificultăţilor pe care le ridică ducerea la bun sfîrşit a unor astfel de programe, ele ar trebui să definească în mod clar liniile de forţă pe care le proiectează, în sensul: selecţiei riguroase a criteriilor determinante pentru a supune un copil la tratamentul preventiv, al tipului de tratament, al avantajelor sau eventualelor prejudicii pe care le generează şi al contextului în care se instituie această intervenţie (medico-psihiatric, şcolar, familial etc.).

Acest nou domeniu spre care se focalizează psihiatria ultimelor decenii se află încă în plină atenţie, el axîndu-se îndeosebi asupra depistării vulnerabilităţii la copiii cu părinţi schizofreni. Metodelor genetice li se adaugă noi metode, ca de exemplu, cele de relevare a anumitor tendinţe de gîndire stereotipă. Pe de altă parte, faptul demonstrat că la 90% din schizofrenii adulţi nu se poate evidenţia prezenţa nici unui părinte schizofren, argumentează, în plus, oportunitatea orientării studiilor spre grupurile vulnerabile (nu neapărat din considerente genetice) la schizofrenie, identificate la nivelul populaţiilor urbane cu un nivel economic scăzut şi al grupurilor care se află în perioade de tranziţie socio-culturală (emigranţi etc.).

Ieşind din spaţiul clinicilor şi al laboratoarelor (dar utilizînd fructuos experienţa şi rezultatele acestora), cercetătorii vor trebui să-şi concentreze atenţia asupra individului strîns ancorat în mediul său socio-familial şi al locului de muncă.

Dacă pînă în prezent nu s-a întreprins mult în direcţia cunoaşterii fenomenului morbid, rămîn încă multe semne de întrebare în ceea ce priveşte recunoaşterea cît mai precoce a schizofreniei. Din păcate, nu se poate afirma existenţa unui semn precursor al bolii, a unor modificări care să anunţe iminenţa crizei schizofrenice. Se pare că cel mai bun indicator care a putut fi luat în consideraţie este izolarea socială care precedă instalarea bolii. La fel, s-au făcut aprecieri asupra capacităţii premorbide de adaptare socială şi a rezultatelor şcolare care influenţează aspectul final al bolii, gradul său de remisiune.

În direcţia opusă celor amintite mai sus, dar servind aceluiaşi deziderat al asigurării sănătăţii mintale a populaţiei, psihiatria ar trebui să ia în consideraţie şi studiul invulnerabilităţii la schizofrenie, spărgînd tiparele tradiţionale de orientare asupra bolii. În această privinţă, lipsesc încă datele definitorii pentru strategia unei acţiuni preventive care să aibă în centrul său măsuri de educare a persoanelor vulnerabile la schizofrenie, menite să le înveţe cum să reziste riscului de îmbolnăvire, să se adapteze şi să-l învingă.

110. SCHIZOFRENIE — aspecte clinice

● Polimorfismul manifestărilor psihopatologice din schizofrenie, atît în perioada de debut cît şi în cea de stare, face la prima vedere dificilă găsirea unor repere stabile. Poate tocmai din acest motiv, sistematizarea semnelor bolii şi ierarhizarea lor îşi leagă numele de cele mai strălucitoare stele ale psihiatriei universale, prin a căror strădanie s-au putut cristaliza cunoştinţele fiecărei etape în acest domeniu.

● **FORME DE DEBUT.** Conform datelor OMS, din cele 4—8% cazuri de psihoze disociative, aproximativ 30% debutează brutal, fără nici un fel de simptomatologie premonitorie, care să semnaleze alunecarea individului spre anormal; restul de 70% debutează cu un polimorfism simptomatologic, pe care autorii francezi (H. EY) şi, alături de ei, întreaga psihiatrie europeană îl numesc „schizofrenie incipientă“. A rămas valabilă afirmaţia psihiatrilor de la începutul acestui secol că debutul schizofreniei poate fi „peste tot şi în toate chipurile“. Simptomatologia schizofrenică, atît de vastă, cu atît de multe forme evolulutive, care determină o distorsionare completă, globală, a raportului individului cu lumea reală, este precedată, în perioada de debut, de un polimorfism simptomatologic, care preschimbă treptat devenirea persoanei într-o formă defavorabilă, lunecînd spre alienare, prin „scăderea funcţiilor de realitate" (E. PAMFIL). Dacă, la începutul secolului, debutul schizofreniei era căutat „peste tot" pentru a putea fi diagnosticat, astăzi, acest fapt are o semnificaţie mult mai largă, pentru că există o directă proporţionalitate între precocitatea diagnosticării şi şansele de succes terapeutic.

BLEULER, GRUHLE, SCHNEIDER ş.a. au încercat să stabilească anumite caracteristici, „repere" simptomatice relevante pentru transformările de debut ale schizofreniei (depersonalizare, derealizare, automatism mintal, atitudini delirante, închistare catatonică etc.) ; aceste transformări vizează însă structuri deja constituite, complexe, apărute ca urmare a unei organizări progresive în cursul evoluţiei bolii. Diagnosticul se pune, aşa cum subliniau MINKOWSKI, RÜMCKE, dar şi autorii DSM, numai după o perioadă de observare atentă a tabloului clinic.

H. EY clasifică formele de debut ale schizofreniei, în funcţie de discontinuitatea sau continuitatea clinică a procesului morbid, în patru mari grupe :

- forme progresive şi insidioase, caracterizate printr-o continuitate evolutivă, care conduc lent, dar constant, spre trecerea de la starea de sănătate la cea de boală ;
- forme manifestate prin simptomatologie psihotică acută, care sînt estimate, după diferiţi autori, între 30% (OMS) şi 50%, iar după BLEULER (1972) la 40% din cazuri ;
- forme „clinice", în care simptomatologia se constituie prin „asalturi progresive" ;
- forme monosimptomatice, cele mai dramatice şi mai nefaste debuturi, prin „crima nemotivată" prin care subiectul „intră" în schizofrenie.

● **Formele progresive şi insidioase de debut :** în aceste tipuri, schizofrenia se instalează printr-o stare „preschizofrenică", apărută pe fondul unei structuri particulare a personalităţii, caracterizate prin acele trăsături care, accentuîndu-se, agravîndu-se, devin „schizofrenice" (H. EY). Este vorba de personalitatea schizotimă, considerată ca fiind situată în limitele largi ale normalităţii, dar care, accentuîndu-se patologic, devine schizoidă (→SCHIZOTIM, SCHIZOID). Un anumit procent de schizoizi pot deveni „schizoizi evolutivi", la aceştia constituindu-se starea preschizofrenică. H. EY distinge două tipuri caracteriale preschizofrenice : „schizoidia evolutivă" şi „nevroza preschizofrenică".

— *Schizoidia evolutivă* se constituie dintr-o serie de modificări intra- şi interpersonale, care se conturează prin accentuarea rigidităţii caracteriale şi agravarea fenomenelor inhibitorii. Individul apare ca acţionînd cu o „viteză redusă", cu scăderea progresivă a interesului faţă de ambianţă, faţă de activitatea cotidiană, devenind indiferent, retras, insensibil la bucurie sau supărare (atimhormia lui DIDE şi GUIRAUD). Acest „platou" de indiferentism poate fi uneori întrerupt prin acte, sentimente, idei paradoxale, printr-un interes subit pentru filozofie, preocupări excentrice etc. Ambivalenţa afectivă, care se va defini în perioada de stare a bolii, este prefigurată, în acest stadiu, de o atitudine ostilă faţă de familie. Tendinţele spre reverie se accentuează progresiv, subiectul apare ca un „pasiv", „taciturn", poziţie care, în fond, traduce pe plan „fizic" agresivitatea şi opoziţia din planul ideativ. În această perioadă, în conflictul dintre pulsiunea şi inhibiţia sexuală, victoria va reveni celei de a doua, subiectul devenind treptat un apragmatic în planul sexualităţii.

— *Etapa de nevroză prepsihotică (preschizofrenică)*. CLAUDE denumeşte aceste forme „schizoze" şi „crize schizomaniace", vrînd să definească astfel debutul, care poate îmbrăca aparenţa unei nevroze, evoluînd timp îndelungat, prin pusee.

În ceea ce priveşte debutul pseudoisteric, BLEULER, JANET, BARUK, HOCH etc. au insistat asupra formelor nevrotice de isterie, care pot constitui „pasajul pseudonevrotic" sau „schizonevrotic" spre psihoza discordantă. Conversiile, „crizele de nervi", catalepsia, amnezia sistematică pot evolua, în timp, spre impulsivitate, catatonie, autism, sindroame care aparţin deja simptomatologiei discordante.

Formele obsesionale ale preschizofreniei sînt foarte rare. Debutul schizofreniei se constituie prin trecerea de la comportamentul ritualizat al nevrozei obsesionale — inteligibil legat de conţinutul obsesiilor — către un comportament straniu, ermetic, plin de bizarerie. Apare o „balansare" între comportamentul sistematizat şi ritualizat şi cel autistic şi delirant, pentru că, progresiv, eşafodajul obsesional este forat, traversat de idei delirante de „influenţă exterioară". Mai frecvent, acest debut poate fi observat în formele cu aspecte de dismorfofobie psihasteniformă, cu depersonalizare, derealizare. Se asociază modificări ale schemei corporale de simetrizare, de segmentare, de pulverizare etc., schizofrenul (deci „obsesionalul intrat în proces") realizînd o percepere delirantă a schemei corporale.

Debutul pseudonevrotic neurasteniform apare ca o lungă lamentaţie, în care tema fatigabilităţii, cefaleea, hipomnezoprosexia etc. sînt îndelung şi perseverent etalate. Diagnosticul este extrem de dificil, pentru că subiectul îşi afişează aceste simptome tocmai pentru a le ascunde pe cele delirante.

Există anumite forme de nevroză anxioasă, cu multiple acuze hipocondriace, care evoluează, în pusee, spre organizarea unor tematici delirante de posesiune, de „diviziune“ sau „distrugere“ a corpului etc.

În 1885, KAHLBAUM identifică şi descrie hebeidofrenia, care poate fi situată în grupa „tulburărilor de caracter preschizofrenic“. Hebeidofrenia apare la subiecţi la vîrsta adolescenţei, la care se instalează o atitudine de ostilitate şi opoziţie faţă de societate şi de familie, tradusă printr-un comportament cu o structură dizarmonică perversă. Această conduită de fond este însă întreruptă de episoade depresive intense, chiar stuporoase, episoade delirante, agitaţie psihomotorie, care, succedîndu-se în timp, conduc la o deteriorare a personalităţii.

Paralel, dar în plan subiacent tuturor acestor manifestări nevrotice, se produce instalarea progresivă a delirului, pe care „psihiatrul îl vede prefigurîndu-se şi apoi amplificîndu-se pînă cînd devine un mod stabil, delirant de relaţionare şi comunicare“ (H. EY). Apare fisurarea propriului Eu, care, treptat, conduce la scindarea personalităţii, la constituirea procesului disociativ. „Profilarea“ delirului poate fi constantă în contactul subiectului cu cei din jur, prin manifestarea unei atitudini de ostilitate, refuz, neîncredere, detaşare, reverie. Frecvent, tematica delirantă se instalează fără altă motivaţie şi justificare decît cele date de fenomenele halucinatorii, cel mai frecvent „ecoul şi furtul gîndirii“. Tematica cea mai frecvent întîlnită este cea de persecuţie, cu idei de otrăvire, de transformare şi posesiune, sau cea cu conţinut erotic. Temele grandorii sînt mai rare. Oricare ar fi ele, aceste idei, mai mult sau mai puţin pregnant exprimate, corespund — după K. SCHNEIDER — fenomenologiei delirului primar. Invazia delirantă poate fi brutală, zgomotoasă şi dramatică în exprimare, sau poate fi lentă, cu mecanisme interpretative, intuitive etc. Această perioadă de invazie este deconcertantă pentru subiect, care însă se „obişnuieşte“ cu ea, întreaga personalitate fiind absorbită şi distorsionată în însuşi nucleul ei de către această „altă lume“ a delirului. Subiectul „aderă“ la un sistem ideologic propriu, constituit prin speculaţii abstracte, interpretări, intuiţii delirante, închizîndu-se într-un „cerc ezoteric“, impenetrabil şi inabordabil. El poate comunica celor din jur ideile, raţionamentele sau le poate ascunde, „trădîndu-se“ numai prin reacţiile comportamentale la fenomenele halucinatorii.

Instalarea rapidă, pe un teren schizoid sau schizonevrotic, a unor astfel de fenomene halucinatorii constituie o formă de debut aflată între formele insidios progresive şi cele acute. Faţă de acestea din urmă, formele insidioase se deosebesc prin existenţa terenului premorbid, precum şi prin caracterul „rece şi lucid al debutului invaziei delirante“.

V. PREDESCU sistematizează caracteristicile comune ale acestor forme insidioase şi progresive, de debut, astfel :

- tulburări ale atitudinii faţă de sine şi faţă de cei din jur, faţă de spiritul şi corpul propriu ;
- modificarea sensului conştiinţei propriului Eu şi a apartenenţei Eului ;
- modificarea semnificaţiei lumii exterioare, prin destructurarea conştiinţei alopsihice ;
- senzaţia trăirii penibile a pierderii libertăţii interioare (WIRSCH) : „nu am libertate sufletească“, „lumea pentru mine şi-a pierdut interesul“, „am devenit străin mie însumi“ ;
- fenomenele incipiente ale schizofreniei sînt exprimate în acte comportamentale lipsite de naturaleţe, bizare, inadecvate, scăderea performanţelor, deteriorarea statutului social şi profesional, răceală afectivă, obtuzitate, neglijenţă în ţinută.

La debut, pierderea rezonanţei afective, imposibilitatea modulării emoţionale este penibil trăită de subiect, conştient încă de alunecarea sa spre anormalitate, suferinţa de a nu mai putea resimţi bucuria sau tristeţea apărînd ca dureroasă.

Apropiată de aceste forme de debut pseudopsihopatic şi pseudonevrotic este „schizofrenia latentă“, recunoscută de CID 9, dar nerecunoscută de DSM III.

- **Formele de debut prin stări psihotice acute, după H. EY, sînt :**

— *Crizele delirant-halucinatorii acute* : bufeul delirant, fără caracteristici patognomonice în afară de aceea că, în loc ca accesul să se remită, se produce evoluţia spre o simptomatologie în care apariţia halucinaţiilor psihice, a sindromului de automatism mintal, lipsa criticii, convingerea impenetrabilă în tematica delirantă, cu sau fără modificări ale stării de conştiinţă, se constituie într-o „explozie delirantă“. În faţa unei astfel de simptomatologii acute, este greu de prognosticat evoluţia spre restitutio sau spre cronicizare. În 1958, Klaus CONRAD a publicat un studiu aprofundat al acestei simptomatologii de „organizare a lumii autiste“, pornind de la experienţele delirante iniţiale.

— *Stări de excitație maniacală* : debutul acut al unei stări discordante poate apărea printr-o simptomatologie afectivă de tip expansiv, întrunind criteriile de diagnostic al maniei, printre care se intrică însă așa-numitele caractere „atipice" (elemente de discordanță, fenomene catatonice, abstractizare, introversie), această intricare nefăcîndu-se, în realitatea clinică, după o strictă schematizare (așa cum este definită), astfel încît, stabilirea diagnosticului cere și aici proba timpului.

— *Stări depresive* : mai mult ca în manie, în depresie, elementele atipice sînt mai pronunțate, mai nete, mai pregnante.

— *Stări confuzionale* : poarta de intrare a schizofreniei poate fi uneori instalarea brutală a unei psihoze confuzionale, cu onirism, stări crepusculare oneiroide, fără un prealabil substrat toxico-infecțios.

● **Formele ciclice de debut.** Debutul prin „asalturi progresive" (H. EY) apare pe un premorbid schizoid sau schizonevrotic (CLAUDE), sub forma unor „pusee acute", în primii 2—3 ani ei evoluției. Aceste pusee apar fie ca episoade cu potențial cert de evoluție spre discordanță, fie ca „crize schizomaniacale", fie ca accese catatonice, delirante, stări crepusculare isteriforme sau cu aspect de reverie, negativism. MANZ afirmă că evoluția spre schizofrenie devine o certitudine după a treia criză. Aceste forme de debut impun dispensarizarea îndelungată (2—3 ani) a oricărui episod psihotic.

● **Formele monosimptomatice de debut** sînt formele cele mai dramatice de instalare a debutului schizofreniei : debutul medico-legal, prin acte de o mare agresivitate, cruzime, comise asupra părinților sau a străinilor (crimă, agresiuni sexuale), dar și asupra propriei persoane (automutilare, castrare, suicid) ; este vorba nu numai de „crima nemotivată", ci și de acte de o agresivitate extremă, purtînd amprenta enigmaticului, absurdului, de acele acte impulsive, pe care subiecul nu le poate motiva sau explica. Diagnosticul este stabilit tocmai prin caracterul absurd al faptei.

Psihoza discordantă poate debuta brusc, imprevizibil, printr-o simptomatologie dramatică, sau se poate instala lent, insinuîndu-se pe un premorbid particular, intricîndu-se cu nevroza, depresia, mania, isteria etc. ; acest polimorfism al debutului schizofreniei l-a determinat pe H. EY să afirme că „schizofrenia nu este (evidentă n.n.) la debutul evoluției, ci la sfîrșitul acesteia".

● SIMPTOMATOLOGIA PERIOADEI DE STARE. Debutînd brusc, acut sau supraacut, printr-o simptomatologie zgomotoasă, spectaculară, „bogată în semne care, coroborate, conduc spre diagnostic, glisînd mai mult sau mai puțin lent dinspre sfera afectivă, prin depresie sau manie atipică'', sau, pătrunzînd insidios dinspre psihastenie, isterie, nevroză, psihopatie, schizofrenia se instalează ca un proces care distorsionează nucleul personalității, decuplînd interrelațiile cu realitatea, transformînd Eul, care-și pierde identitatea, întreaga viață psihică a bolnavului apărînd ca recuplare la un sistem inaccesibil, prin caracterul său esoteric, bizar și absurd, prin hiperabstractizare și suprasimbolizare.

Privit dinspre realitate, schizofrenul apare rece și detașat, deși el este, în fond, un participativ în plan psihic, dar în propria sa realitate pur subiectivă, construită după sisteme axiologice proprii, incomprehensibile, inabordabile, „închis" între zidurile impenetrabile ale autismului, fiind imposibilă orice comunicare între cele două planuri, real și autist.

Simptomatologia schizofreniei, alcătuită din simptome fundamentale și accesorii (după E. BLEULER) sau din simptome de rangul I și II (după K. SCHNEIDER) sau din simptome primare de rang I și accesorii de rang II sau din simptome negative și pozitive (după H. EY), se constituie dintr-un ansamblu de trăsături comune : ambivalență, bizarerie, impenetrabilitate, detașare.

Ambivalența schizofrenului, traducînd deteriorarea capacității de sinteză și fiind corolarul disociației (E. BLEULER), constă din trăirea, gîndirea unui antagonism în care cei doi poli pot coexista sau se pot succeda în timp, constituindu-se într-un „amestec inextricabil" (H. EY) (→ AMBIVALENȚĂ).

Apărînd ca un baroc supraîncărcat, ca un edificiu făurit din paradoxuri, ca o distorsionare pînă la caricaturizare a tot ceea ce realitatea conține ca trăire sau acțiune, bizareria traduce tocmai simbolistica proprie, absurdă, trăirea esoterică a lumii subiective a schizofrenului (→ BIZAR, BIZARERIE).

Impenetrabilitatea trăirilor schizofrenului se constituie într-un zid inexpugnabil, care desparte realitatea ambiantă de realitatea subiectivă a autistului, marcînd lipsa oricărei comunicări între ele, traducînd, în fapt, lipsa coerenței vieții psihice a bolnavului, învăluirea ei în stranietate, inaccesibilitatea construcției absurde, distorsionarea Eului și a interrelațiilor sale.

Detașarea schizofrenului sugerează indiferența, răceala, așa cum apar ele în raport cu realitatea comună ; detașarea de această realitate obiectivă însă nu există practic, bolnavul se află într-o altă „realitate", proprie, este repliat în sine, într-o lume subiectivă al cărei creator și actant este în totalitate. Detașarea schizofrenului este atît de completă, încît el nu încearcă nici măcar să impună „această lume“ celorlalţi, fiind atît de absorbit de propria-i realitate, încît cea obiectivă dispare. Această absorbţie totală îl împiedică nu să perceapă, ci să prelucreze ceea ce percepe : el înregistrează ceea ce se petrece în jur, dar ignoră acest lucru, pentru el, „realitatea“ fiind numai cea proprie, clădită după propriul sistem axiologic, în care el „percepe“, prelucrează, elaborează şi la care participă.

Aceste caracteristici generale se regăsesc în întreaga semiologie a schizofreniei, caracterizînd-o pe toată perioada evoluţiei, indiferent de forma clinică, constituind-o în ansambluri, aparent diferite, dar aceleaşi în fond, reunind sindromul disociativ cu autismul într-un conglomerat specific. Ed. PAMFIL („Psihozele“, 1976) caracterizează acest conglomerat ca „imposibilitatea unei echivalări între două lumi : realitatea noastră şi o altă realitate — pararealitate pentru noi — din care bolnavul îşi face lumea sa întunecoasă, unde e absorbit şi prăbuşit, în care sunetele sînt ecouri, iar limbajul în afara legilor de corelaţie implicate ; afectivitatea e ca un bloc de gheaţă, memoria doar o funcţie de inventariere în afara timpului, imaginaţia reprezintă verigi ce nu se mai desfac pentru zborul imaginilor şi pentru prinderea lor într-o organizare şi evoluţie logică, iar speranţa decade în întunericul autist“.

Dezagregarea psihică, adevărată dramă a psihismului — disociaţia (Spaltung) —, tulburare fundamentală a schizofreniei, conduce la dispariţia sinergiei psihismului, la pierderea coeziunii şi consistenţei sale. Desfăşurarea gîndirii schizofrenului se face în afara categoriilor logice, astfel încît el apare ca avînd o inteligenţă „potenţială“ (H. EY), dar folosirea acesteia este profund tulburată ; bolnavul păstrează funcţiile instrumentale ale psihicului (mai ales la începutul bolii), ceea ce dă impresia unui „sistem“ aparte organizat (PAMFIL, OGODESCU). În 1904, STRANSKY denumea prin „ataxie intrapsihică“ această pierdere a armoniei vieţii interioare, gîndirea dereistă şi simbolică a schizofrenului. În gîndirea şi limbajul acestuia, legătura între forma cuvîntului şi sensul lui real este pierdută ; cuvîntul devine o „haină“ care nu mai îmbracă „corpul“ pentru care a fost făcută, el nu mai îmbracă nimic sau îmbracă cu totul altceva decît sensul său real, conducînd la o anarhie totală, în care formele, golite de conţinut şi reificate, slăbesc dinamica gîndirii, constituind astfel terenul pe care apare ambivalenţa (→ AMBIVALENŢĂ). Producţia ideativă haotică, încetinită, stagnată, ruminativă, datorită unei serii interminabile de cuvinte şi idei, perseverativă prin denumiri automate, repetate la nesfîrşit sau avînd o precipitare prolixă, eliptică şi discontinuă, se desfăşoară într-un amestec de teme şi digresiuni lipsite de legătură între ele, apărînd ca un grotesc „nod gordian“ pe care sabia raţiunii obiective nu-l mai poate tăia. Stranietatea şi bizarul care corelează întreg acest amalgam sînt accentuate prin interferenţele intempestive, dar efemere, ale „revelaţiilor“ sau „invenţiilor insolite“.

Fluxul abracadabrant al discursului este întrerupt prin baraj, fenomen patognomonic disociaţiei, apărut intempestiv şi trecînd la fel de repede, bolnavul reluînd expunerea de acolo de unde o lăsase (→ BARAJ). În acelaşi context de suspendare a fluxului ideativ se înscrie şi „fadingul mintal“, descris de GUIRAUD în 1932, o încetinire progresivă a cursului gîndirii, ce lasă impresia de „îndepărtare“ a bolnavului (→ FADING MINTAL). Mai rar, poate apărea o accelerare a ritmului ideativ, de aspect pseudohipomaniacal.

Ininteligibilitatea, stranietatea acestui haos ideativ se aşează ca un perete opac, ce separă ferm, impenetrabil, schizofrenul de lumea reală, creînd acea „pierdere a contactului vital cu realul“ de care aminteşte MINKOWSKI. Detaşarea, derealizarea, absenţa totală din realitate se reflectă, în final, şi în tulburările prosexo-mnezice : atenţia şi capacitatea de concentrare devin aproape nule, memoria este afectată global sau electiv, nerecunoaşterile sistematice fiind frecvente.

Această dezordine ideativă se răsfrînge dramatic şi asupra sistemului de comunicare, distorsionîndu-l către forme incomprehensibile. Producţia verbală şi grafică a schizofrenului , plină de ornamente stereotipe, de arabescuri bizare, semnifică, după PAMFIL, o decădere „pe o treaptă structurală primitivă denumită de noi ca degradare a semnelor : reificarea simbolurilor şi dispariţia codului limbajului“. Melodicitatea vorbirii este radical modificată ca intensitate, timbru, modulaţii şi intonaţii , rezultatul fiind o partitură absurdă. Susţinerea unei conversaţii este adeseori imposibilă, din cauza mutismului, semimutismului, verbigeraţiei, monologului, impulsiunilor verbale cu caracter obscen sau injurios, sau a vorbirii „alături“. De fapt, în contactul cu un schizofren, nici nu se poate vorbi despre conversaţie, pentru că aceasta presupune comunicare, iar schizofrenul nu comunică cu realul şi nici nu o doreşte. Discursul său absurd, inadecvat este în fond o „reverie verbală“ (H. EY), care nu înseamnă dorinţă de a spune, de a povesti ceva, bolnavul nedorind nici măcar să găsească rezonanţă în interlocutor. El „afirmă“ ceva absurd şi abstract, emite teoreme implacabile. Contactul verbal cu schizofrenul nu înseamnă un schimb de informaţii, pentru că are un singur sens, şi acela absurd, rămînînd cantonat în „para-realitatea" bolnavului şi mulîndu-i-se ei ; vocabularul este deformat, mutilat, cuvintele „telescopate", silabele dublate, eludate sau conglomerate. Cuvintele devin forme care pot îmbrăca conţinuturi „noi" (neologisme pasive) sau pot fi create de schizofren pentru „conţinuturile noi" apărute în gîndirea sa (neologisme active → NEOLOGISME). Discursul schizofrenului, incoerent, plin de neoformaţiuni bizare şi absurd în conţinut, poate îmbrăca forma „salatei de cuvinte" sau a schizofraziei în care nu există nici un sens raţional sesizabil. Autorii francezi (CENAC, 1925) au denumit expresia verbală a autismului „glosolalie", limbaj esoteric, ermetic, strict simbolic şi subiectiv. Expresivitatea grafică — scris sau desen, pictură — poartă aceleaşi amprente ale disociaţiei gîndirii ; scrisul este modificat, contorsionat, grifonat, producţiile grafice sînt stereotipe, bizare în formă şi conţinut, au ornamentaţii ciudate ; desenele, picturile sînt imagini fantastice, stranii, reprezentînd simboluri proprii.

Întregul sistem de comunicare al schizofrenului capătă o simbolistică proprie (uneori putînd avea valenţe estetice, care însă se pierd în timp), devenind modul metaforic de exprimare a unei „lumi" ireale.

Disociaţia gîndirii schizofrenului îşi găseşte valenţele în distorsiunea sistemului său logic, prin modificarea profundă a realităţilor intra- şi interpersonale, prin regresiunea progresivă a gîndirii, care devine subordonată exigenţelor afective, constituindu-se într-o manieră derealizată şi arhaică. Modificările gîndirii schizofrenului nu sînt de tipul „slăbirii globale", al demenţierii progresive, ci ele există predominant în anumite sectoare, formînd „insule paralogice" (PASCAL). Gîndirea magică a schizofrenului îşi constituie axele de referinţă în conformitate cu valorile metaforice şi arhetipurile simbolice, apărînd ca primitivă prin onirism şi sincretism ; conceptele se supun astfel numai unor valori subiective şi afective. Sistemul realităţii devine distorsionat şi malformat, prin ignorarea categoriilor logice de înţelegere (cauzalitate, identitate, contradicţie). Gîndirea dereistă, „paralogică", impenetrabilă pentru valorile experienţei obiective, sincretică prin aglutinarea semnificaţiilor şi amestecul ideilor, se constituie într-un sistem al „abstracţiilor formale" (BARISON) fără suport obiectiv. Prin raţionalismul său morbid (MINKOWSKI), gîndirea schizofrenului tinde spre o „infinită căutare a abstracţiilor vide" (H. EY). Demonstrarea acestui sistem absurd şi ilogic este făcută printr-un complex de legături ideative cu aparenţă ştiinţifică sau filozofică, printr-un demers metaforic, steril şi în discrepanţă vădită cu realul. Disociaţia în sfera afectivităţii are acelaşi efect dramatic şi pustiitor ca şi în sfera gîndirii : fondul afectiv al schizofrenului se constituie ca un mecanism ciudat, al cărui principiu de funcţionare pare a fi întotdeauna o reacţie inadecvată sau inversă faţă de cea aşteptată într-o situaţie dată. Acest mecanism primitiv şi bizar apare acoperit de o platoşă, prin care nimic din bucuria sau tristeţea din jur nu poate răzbate. Schizofrenul, după E. PAMFIL, „realizează o neutralitate afectivă la fel de depărtată de euforie ca şi de tristeţe". Afirmaţia este numai parţial valabilă : descrierea schizofreniei afective validează depresia şi mania atipice, dar acestea, deşi, poate, de aceeaşi intensitate ca şi în psihoza maniaco-depresivă, sînt sărace în expresie, datorită faptului că ele se mulează pe un ax inflexibil. Mania schizofrenului este lipsită de suculenţă ; datorită ambivalenţei, el nu va putea arăta niciodată ca un „adevărat" maniacal. Depresia schizofrenului, deşi prezintă aceleaşi riscuri ca şi cea majoră, se manifestă mai mult în plan ideativ decît în plan afectiv, este mai mult gîndită decît simţită.

KRAEPELIN a descris schizofrenia ca pe o „demenţă afectivă", denumire ce sugerează profunda dramă rezultată din această împletire a disociaţiei de la nivelul gîndirii, cu cea din sfera afectivă.

Procesul disociativ distruge sistematic şi progresiv afectivitatea normală, construind un model de reactivitate incomprehensibil, indescifrabil, misterios, simbolic şi paradoxal, în care ura se substituie iubirii sau coexistă cu ea, sensurile opuse suprapunîndu-se pe o rezultantă ambiguă, iar adresabilitatea sentimentelor este profund modificată în esenţa sa (iubeşte un măr, urăşte soarele). Toate acestea motivează şi constituie argumente pentru o gîndire animistă, magică, absurdă.

Acest paradox de a iubi ceea ce urăşte şi invers impregnează conduita interrelaţională a schizofrenului, dîndu-i un aspect de „contact fals", de non-comunicare ; relaţiile apar modificate cel mai profund în interiorul familiei, schizofrenul „nu-şi poate părăsi mama... dar i se adresează cu ură ; în acelaşi timp, mama este asimilată ca obiect al iubirii şi interzisă ca obiect incestuos ; uneori, poate crede despre ea că are intenţia să-l otrăvească ; constituie simultan şi obiectul unei gelozii feroce" (H. EY). Tatăl este în acelaşi timp iubit, respectat și detestat, iar frații sînt renegați. Tot acest context creează un cerc vicios de interrelații ambigue, instabile, un labirint imposibil de descifrat. Această modalitate de interrelație afectivă este extinsă și asupra anturajului, care este adorat și blasfemiat, admirat si detestat, schizofrenul putînd fi un „prieten", tiranic prin adezivitate, dar și un dușman impulsiv și violent. Anturajul cunoscut poate deveni oricînd „necunoscut" și ostil, în timp ce necunoscutul devine familiar. Accesele de răceală, violență, ură se pot manifesta intempestiv față de cineva care, cu un moment înainte, însemna un prieten (→ AMBIVALENȚĂ AFECTIVĂ). Inversiunea afectivă — translația mai mult sau mai puțin brutală a sentimentelor spre polul opus — apare ca o nefastă încununare a distorsiunii Eului : schizofrenul nu mai poate iubi ceea ce a iubit, pentru că nu mai este ceea ce a fost ; criteriile, valorile, motivațiile sînt altele, total diferite. Deplasarea sentimentelor spre polul „ostilității impersonale" (E. PAMFIL) poate atinge intensitatea inafectivității, descrisă de KRAEPELIN. Nu numai că sentimentele se transformă în opusul lor, dar ele capătă nuanțe insolite și efemere, conturînd aspectul general de stranietate. Afectivitatea devine un conglomerat diform de sentimente transformate calitativ și cantitativ (atimie) (→ INVERSIUNE).

Din straturile pulsionale profunde, răbufnesc crîmpeie neintegrate și primitive, instinctuale : masturbație, automutilare, agresiune sexuală, crimă. Negativismul apare tot ca un „joc" aleator de forțe, răbufnit din structura primitivă a psihismului. Modalitățile de exprimare a afectivității decad, ca și mijloacele de comunicare a ideației, în aceeași prăpastie a incomprehensibilității și a paradoxului. Zîmbetul devine stereotip și nemotivat, plînsul ermetic, crîmpeie de tandrețe și simpatie pot fi imediat urmate de accese de ură si violență, o frîntură de mîngîiere se poate rapid transforma într-o agresiune. H. EY explică aceste manifestări emoționale, incomprehensibile din punctul de vedere al obiectivității, printr-o motivație strict subiectivă, internă, a bolnavului, motivație care poate fi, în cele din urmă, descoperită în cursul interviului, sub forma unui „conținut latent", a unei „simbolizări" a situațiilor, a intromisiunii visului în realitate, conducînd la modificarea fantasmatică a comportamentului ; situației reale nu i se mai poate da un răspuns adecvat, pentru că ea nu este trăită, ci transpusă în planul imaginarului.

Scenariile fantasmatice se manifestă mai ales în planul sexualității, schizofrenul neputîndu-se fixa asupra unui obiect real, ci numai asupra unuia imaginar. Autoerotismul schizofrenului (narcisismul în concepție freudiană) se concretizează într-o repliere în sine, de autocontemplare (semnul oglinzii), de tandrețe, dar și de automutilare (uneori castrare), toate aceste atitudini frapînd prin lipsa de pudoare a exhibării instinctuale. Homosexualitatea, mai mult sau mai puțin latentă, poate fi, în accepțiunea psihanalitică, rezultanta nesoluționării conflictului oedipian. Fixațiile erotice pot apărea instantaneu asupra unei persoane care constituie un substitut patern sau matern, dar ele frapează prin glacialitate, impulsivitate, impudoare.

Oricînd însă, genitalitatea poate fi negată printr-o absurdă detașare, integrată în pustiirea afectivității, în distrugerea semnificațiilor și motivațiilor.

Disociația ideo-afectivă conduce inevitabil spre același proces și la nivelul motricității, al exprimării mimice și gestuale, caz în care CHASLIN preferă termenul de discordanță. Paratimia se va exprima în paramimii și contracții musculare ce-și pierd sinergismul, traducîndu-se în grimase, în zîmbete forțate, ce transmit o emoție, dar discordant, în gesturi încetinite, manieriste și bizare, traducînd simbolistica subiectivă, neoformațiile și malformațiile din planul ideației și al afectivității. Expresia devine îngustă, săracă (→ STEREOTIPIE, DISPRAXIE, AUTOMATISM, DISCORDANȚĂ). Mimica și gestica își pierd funcția de comunicare interumană, devin artificiale, ludice, bizare. Sindromul catatonic — atît de amplu descris de autorii clasici — pierde în era neurolepticelor din bogăția sa simptomatică (→ CATATONIE).

Impulsivitatea schizofrenului, a cărei existență este aproape întotdeauna potențială, poate izbucni într-un mod brutal, inexplicabil, avînd consecințe grave (crimă, agresiune), imposibil de motivat de către bolnav după comiterea actelor respective.

Acest context rece și pustiit, prin prezența simptomatologiei negative (H. EY) si primare (E. BLEULER), este împletit cu simptomatologia pozitivă (EY) a experiențelor delirante trăite de bolnav, împletire care conduce la deplina constituire a personalității psihotice, închisă între granițele autismului. Punctul de plecare al acestei trăiri este delirul primar, nemotivat, căruia nu i se poate găsi un punct inițial de pornire, într-o stare afectivă anume sau într-o producție ideativă, delir căruia JASPERS i-a descris drept caracteristici : convingerea neobișnuită ; neinfluențabilitatea și incorigibilitatea ; caracterul insuficient al motivației (imposibilitatea conținutului) (→ DELIR PRIMAR). Dispoziția delirantă („Wahnstimmung") punctează momentul începerii transformărilor morbide ale structurilor intime ale bolnavului, pe care însă acesta nu le percepe ca atare ; el are o stranie senzație de schimbare interioară sau exterioară, pe care o simte, dar nu o poate explica ; resimte o modificare inexorabilă, implacabilă, care se produce continuu, o metamorfoză pe care o percepe, o simte ca o tensiune ostilă ce penetrează tentacular, țesînd o pînză care, treptat, îi restrînge libertatea Eului ; resimte o primejdie pe care nu o poate defini, dar de a cărei existență este tiranizat, propria-i ființă devenind supusă acestei stranii metamorfoze, nemaiputîndu-se subordona vechilor sisteme de referință. Rareori, această dispoziție delirantă comportă o transformare în sens euforizant (→ DISPOZIȚIE DELIRANTĂ).

Interpretarea delirantă, ca formă a delirului primar, apare ca motivare anormală, cu adresabilitate la persoana proprie, a unor percepții reale. Acestui fenomen, K. SCHNEIDER îi descrie două verigi : prima este reprezentată de percepția normală care nu a suferit nici o modificare, iar a doua constă din semnificația anormală, delirantă, pe care o primește această percepție, conducînd la o trăire modificată a mediului, fie el intern sau extern. Mediul ambiant, cu toate componentele sale, încetează de a fi neutru, părînd a avea o anumită semnificație, o adresabilitate directă (anastrofa — poziția geometrică a lui CONRAD), care, inițial, nu are o motivație, ulterior însă, această adresabilitate capătă un scop și o semnificație precisă pentru subiect. Bolnavul devine, în viziunea lui CONRAD, punctul central spre care totul și toți se îndreaptă. Ceea ce la început apare doar ca o metamorfoză stranie, devine acum primejdie iminentă, precisă ; ostilitatea își capătă nu numai motivația, dar și mijloacele de exercitare. Iluziile de „déjà vu“, „jamais vu“, falsele recunoașteri sînt de multe ori cărămizi ale acestei construcții circulare, care are în centrul său bolnavul. Aceste trăiri delirante apar în lipsa oricărei dispoziții afective, suspiciuni, neîncrederi, frici și, prin această situare la nivel strict ideativ, nemotivat, ele devin incomprehensibile (→ INTERPRETARE DELIRANTĂ, PERCEPȚIE DELIRANTĂ).

La fel de intempestivă și nemotivată este și intuiția, inspirația delirantă, care apare în afara oricărei percepții, avînd, după K. SCHNEIDER, o singură verigă. Este ca o „revelație“ pe care o are brusc bolnavul, cu un conținut bizar, neobișnuit, care „iluminează“, prin anumite semnificații, un moment din trecutul sau prezentul bolnavului. Asocierea acestei revelații cu interpretarea delirantă semnează verdictul instalării procesului schizofren, pentru că intuiția delirantă singură poate apărea în legătură cu instalarea și a altor entități psihopatologice (→ INTUIȚIE DELIRANTĂ).

Delirul de influență — apogeu al disociației nucleului personalității — se constituie într-o pierdere a intimității persoanei, prin care bolnavului i se răpește libertatea interioară subordonîndu-l unor „comenzi“ exterioare, unei reflectări a propriilor gînduri sau unei „teleghidări“ a acțiunii și gîndirii. Intimitatea persoanei sale este distrusă : el este „ghicit“, „citit“, „i se sustrag gîndurile“, „i se impune“, devine „manevrabil“ prin „unde, fluide etc.“, „vrăjit“. El nu-și mai aparține, drama scindării îl dislocă în fragmente contrarii, pe care voința proprie nu le poate stăpîni. Această „influență“ este exercitată îndeosebi prin modificările calitative ale percepției, mai ales prin fenomene halucinatorii și pseudohalucinatorii, pe primul plan situîndu-se cele verbale („vocile“ care „comentează“, „ordonă“, care pot veni din exterior sau interior), halucinațiile corporale kinestezice și cenestezice, care sînt trăite ca fiind provocate din afară (→ AUTOMATISM MINTAL(8) sindrom ; DELIR DE INFLUENȚĂ ; HALUCINAȚII).

Multitudinea acestor experiențe delirant-halucinatorii determină lansarea bolnavului într-o „muncă delirantă“, în care subiectul încearcă stabilirea unor relații între ceea ce simte acum și cunoștințele și convingerile sale anterioare. Procesul de elaborare secundară conduce, așa cum afirmă EY, spre construirea unor teme delirante mai mult sau mai puțin cristalizate, integrate în lumea autistă, închisă oricărei comunicări. Tematica delirantă, fie ea religioasă, științifică, metaforică, filozofică, erotică, persecutorie sau de grandoare etc., se organizează în „lumea autistă“ (EY), lume care se exprimă — dată fiind dezorganizarea produsă de disociație — printr-un limbaj abstract și simbolic, într-o manieră incoerentă și incomprehensivă, după tipare arhaice, supuse unor simboluri mistice, în afara categoriilor logice, într-o concepție unică, subiectivă și ermetică.

Delirul schizofren nesistematizat este, așa cum îl descrie EY, ca : „un delir fără progres discursiv, un delir care nu progresează, care evoluează, în pofida complicațiilor labirintice, stereotip și rigid, în fragmente disparate“. Din acest motiv, oricît de „înfloritor“ ar putea fi la început delirul, el sărăcește și se dezintegrează treptat, închizîndu-se de-a lungul anilor într-un ermetism abstract, incomprehensibil. Discordanța globală se conjugă cu delirul impenetrabil și incomunicabil (EY), constituind nucleul bolii.

Autismul se constituie drept cea mai veritabilă „lume alienată“, în care coerența conştiinţei bolnavului este pierdută ; el devine discordant în sine şi faţă de ceilalţi, devine „fragmentat" şi „manevrat", pierzîndu-se continuitatea şi libertatea propriei persoane. Unitatea scindată a propriei persoane nu poate fi „refăcută" din aceste fragmente. Individul nu mai aparţine propriei lui istorii. Mai mult, eliberarea pulsiunilor instinctuale, care nu mai pot intra în alcătuirea unui Eu distrus şi fragmentat, viciază şi mai mult relaţiile cu lumea.

Pierderea consistenţei şi autenticităţii persoanei, cu desfăşurarea unor serii paralele de fenomene — „dubla contabilitate" — distorsionează întregul sistem relaţional intrapersonal, graniţa dintre Eu şi non-Eu este ştearsă, bolnavul schizofren putîndu-se transpune în orice obiect al lumii exterioare sau putînd trăi, prin tranzitivism, răspîndirea gîndurilor în orice altă persoană (apersonalizare).

● FORME CLINICE (propriu-zise). Formele (subtipurile) clinice atestate de clasificările moderne au fost iniţial descrise de clasicii psihiatriei ca afecţiuni psihice distincte. KRAEPELIN este primul care a intuit şi argumentat convingător apartenenţa catatoniei, hebefreniei şi a demenţei paranoide la o boală unică prin evoluţie şi prin tabloul clinic caracteristic, „demenţa precoce".

BLEULER a adăugat acestor trei tipuri clinice principale un al patrulea, schizofrenia simplă, descrisă iniţial de DIEM (1903). În concepţia acestui autor, schizofrenia este un „grup de psihoze" (termenul fiind utilizat la singular numai din motive de comoditate), ceea ce reprezintă o anticipare strălucită a rezultatelor actualelor cercetări neurobiologice privind existenţa unor modele multiple ale bolii. Se abţine însă de la delimitarea celor patru tipuri ca forme clinice ale bolii, considerîndu-le, mai degrabă, drept grupări de simptome care pot urma în timp o evoluţie indivizibilă, în sensul substituirii dinamice a unei forme cu alta. Examinînd această problemă, deseori contradictorie pentru clinician, STRÖMGREN (1982) citează lucrările lui KLEIST şi ale şcolii sale (1928, 1953), precum şi pe ale lui LEONHARD (1979), care susţin statutul distinct nosologic al formelor clinice clasice, opinii aflate în opoziţie cu cele ale lui CONRAD sau SNEJNEVSKI, care le consideră drept stadii evolutive, ce relevă, de fapt, însăşi dinamica sindromologică a bolii, în concordanţă cu evoluţia subiacentă a mecanismelor psihopatologice (cunoscute sau ipotetice).

Alţi autori (HUBER, SCHNEIDER, G. N. CONSTANTINESCU) reţin, ca posibilă şi acceptabilă pentru stadiul actual al cunoştinţelor, ipoteza evoluţiei dinamice a tabloului clinic, în conformitate cu anumite modele clinice multiple, care pot fi descrise tipologic drept aşa-zise forme clinice, adăugind că distingerea acestora rămîne totuşi necesară din motive de uniformizare a diagnosticului, codificare a tratamentului, precum şi — considerent deloc neimportant — din necesităţi didactice.

K. SCHNEIDER descrie numai trei forme clinice de bază, forma simplă, catatonică şi paranoidă, hebefrenia aparţinînd formei simple, de care se distinge numai prin intervenţia vîrstei tinere ca factor patoplastic.

În afara acestor patru forme clinice, diverşi autori au descris şi alte forme, unele dintre ele reţinute în Clasificarea Internaţională a Bolilor a OMS sau în toate ediţiile DSM, editate de Asociaţia Americană de Psihiatrie. Tendinţa de diversificare a formelor clinice ale schizofreniei este urmare a unei mai bune descrieri nosografice a bolii, a unui progres meritoriu pe care psihopatologia l-a înregistrat continuu în ultimele decade, dar şi a modificării tabloului clinic ca atare, aceasta îndeosebi în ultimii 30 de ani, odată cu introducerea neurolepticelor standard şi depôt în practica terapeutică curentă. Nu se poate exclude însă nici posibilitatea ca această permanentă proliferare a formelor clinice să fie şi urmare a neglijării luării în considerare a tipului de personalitate pe care se grefează boala, condiţie în care formele clinice s-ar putea multiplica prin suprapunerea cu tipurile de personalitate (exemplu : schizofrenia la o personalitate isterică ar putea avea drept consecinţă diagnosticul de schizofrenie „formă isterică" ş.a.).

Aşa cum observă LEHMAN şi CANCRO (1985), diferenţierea formelor clinice este din ce în ce mai dificilă în era neurolepticelor, formele oprite în evoluţie la diverse nivele ale unui defect rezidual al personalităţii, cu deficit de iniţiativă şi spontaneitate, sau cele acute, care aparţin mai puţin tipului paranoid sau nediferenţiat şi mai mult celui afectiv, fiind mult mai frecvente. Această tendinţă spre schimbarea manifestărilor clinice şi a formelor evolutive ale bolii a fost descrisă, încă din 1972, de HOHLOV ş.a., sub denumirea de patomorfoză a schizofreniei. Cu toate acestea, chiar dacă istoria naturală a bolii se dovedeşte tot atît de flexibilă ca şi etichetarea formelor clinice, la acelaşi bolnav sau la bolnavi aparţinînd unor entităţi socio-culturale diferite, sindroamele clinice cardinale care definesc diferitele forme trebuie reţinute de clinician, ele fiind singurele instrumente cu care acesta poate opera în practica terapeutică, atît de complexă în cazul schizofreniei, ca şi în cercetarea ştiinţifică.

Este acreditată în literatură opinia conform căreia forma paranoidă constituie forma cea mai frecventă şi tipică a schizofreniei, principala diferenţă dintre celelalte forme şi această formă princeps constînd în potenţialul lor evolutiv diferit. EY, BERNARD, BRISSET (1979) descriu *forme grave*, cu potenţial evolutiv mai important decît forma tipică, paranoidă : hebefrenia, catatonia („hebefreno-catatonia“), şi *forme minore, cu potenţial evolutiv redus* : schizofrenia simplă şi schizofrenia afectivă. La aceste forme, autorii adaugă *formele speciale* : schizofrenia copilului, schizofrenia „arieraţilor“ (grefată) şi schizofrenia tardivă. Alte manuale şi tratate (NOYES, 1934–1963 ; NOYES, KOLB, 1968–1973 ; KOLB, 1977 ; MAYER-GROSS, SLATER, ROTH, 1969 ; ARIETI, 1975 ; PREDESCU, 1976) menţionează, în general, aceleaşi forme clinice (nu se menţionează întotdeauna formele speciale) în ediţiile lor succesive.

BOUGEROL, HUBER ş.a., care au redactat termenul *„schizofrenie“* în ultima ediţie (1984) a „Manualului alfabetic“ al lui POROT, descriu următoarele forme clinice : *forme simptomatice* (cele patru forme clasice, la care se adaugă şi schizofreniile grefate şi pseudonevrotice, schizonevrozele lui CLAUDE sau psihozele schizoafective, hebeidofrenia, circumscrisă de KAHLBAUM, şi formele minore, puţin evolutive, unele identificîndu-se cu personalităţile borderline sau *„stările limită“*) ; *forme evolutive* ; *forme terminale*.

Ultima ediţie a Clasificării Internaţionale a Bolilor a OMS (ICD 9) menţionează, la codul 295, următoarele „Psihoze schizofrenice“ : forma simplă, hebefrenică, catatonică, paranoidă episodul schizofrenic acut, schizofrenia latentă, reziduală, forma schizoafectivă, altele (acută sau nediferenţiată, atipică, cenestopată) şi forma neprecizată (psihoza schizofreniformă SAI, reacţia schizofrenică SAI, schizofrenia SAI). Autismul infantil este codificat separat (299). Această clasificare are meritul că trece în revistă majoritatea formelor cunoscute (omiţînd însă forma tardivă), dar reţine formulări vagi, ce nu au meritul să contribuie la clarificarea problemei (forma „atipică“, reacţia schizofrenică), şi introduce în grupa schizofreniei psihozele schizofreniforme, atribuite astăzi altor cauze decît procesului disociativ schizofrenic.

DSM III (1980), precum şi ediţia sa revizuită (1987) separă tulburarea schizofreniformă, ca şi forma schizo-afectivă, de celelalte forme, incluzîndu-le în capitolul „Tulburări psihotice neclasificate altundeva“. Acest manual diagnostic reţine următoarele forme de schizofrenie (începînd cu codul 295.2x) : catatonică, dezorganizată (corespunzător hebefreniei), paranoidă, nediferenţiată şi reziduală.

Vom trece în revistă, din punct de vedere nosografic şi evolutiv, diferitele forme clinice pe care le poate întîlni psihiatrul, ţinînd seama atît de descrierile clasicilor psihiatriei, cît şi de aspectele curente ale patomorfozei schizofreniei în era neurolepticelor. Vom menţiona, de asemenea, unele date recente care reevaluează perspectiva clinico-evolutivă asupra formelor bolii, în lumina ultimelor cercetări neurobiologice şi de vizualizare a structurilor funcţionale cerebrale (*brain imaging*) în schizofrenie.

● **Forma hebefrenică** („dezorganizată“, după DSM III). Prima formă, menţionată de psihiatrul belgian MOREL (1860) ca „demenţă precoce a tinerilor“, este descrisă, sub termenul consacrat de KAHLBAUM şi HECKER (1871), astfel : „factorii caracteristici sînt apariţia ei în legătură cu pubertatea, succesiunea sau trecerea prin forme variate (melancolie, manie, confuzie), rapida evoluţie către o slăbire psihică accentuată şi o formă caracteristică de deteriorare, care sînt evidente din primele stadii ale bolii“.

Schizofrenie simplă

HECKER o consideră o boală progresivă a pubertății și adolescenței. Într-adevăr este o formă evolutivă gravă, în cadrul căreia predomină sindromul deficitar cu evoluție rapidă. Debutul este precoce (înainte de 25 de ani — în opinia lui STRÖMGREN, între 15—25 ani — după ICD 9) și, de obicei, insidios, uneori în contextul unui istoric familial încărcat cu tulburări schizofrenice ; alteori, debutul este subacut, dominat de o depresie care sugerează „insensibilitatea emoțională", întîlnită și în forma simplă (MAYER-GROSS) sau pseudonevrotică. Rapid (cîteva luni pînă la un an), se instalează semnele manifeste ale disociației schizofrenice. Apar dificultăți școlare, diminuarea randamentului școlar, tulburări de comportament surprinzătoare la adolescentul sau puberul pînă atunci liniștit : chiul, vagabondaj, chiar acte huliganice sau alte acte antisociale (furturi, spargeri — de obicei în grup — viitorul pacient, simțindu-se atras de adolescenți delincvenți, fiind ușor sugestionabil). Apare o oboseală crescîndă, întretăiată de plîngeri hipocondriace. Alteori, adolescentul devine mai retras, trăiește o stare de reverie (H. EY), începe să se preocupe de probleme insolite, bizare (lucrează la invenții pseudo-științifice, creează sisteme filozofice proprii, scrie romane, proiectează reforme grandioase și inconsistente, se interesează disproporționat de yoga etc.). Apar idei hipocondriace centrate în jurul unor boli severe (tuberculoză, cancer, „nebunie") sau al rolului dăunător al masturbației sau menstruației. În general, toate problemele normale, fizice sau psihice ale pubertății pot constitui conținutul acestor idei (MAYER-GROSS).

Alte manifestări prodromale pot fi derealizarea și depersonalizarea, care, deși apar mai rar, pot constitui unicul semn al transformării progresive a personalității. Ele pot lua o formă cvasi-delirantă, fiind premergătoare instalării caracteristicilor schizofrenice din perioada de stare.

H. EY descrie trei tablouri clinice posibile ale perioadei de stare : cel mai frecvent, domină dispoziția depresivă, cu indiferență, alteori domină un comportament pueril și capricios, presărat cu glume grosolane, stupide, rîs nătîng, impulsiv, pe fondul unei nepăsări și indiferențe față de toate valorile sociale, sau o regresiune masivă și rapidă spre degradarea de aspect demențial a personalității, ceea ce i-a și determinat pe MOREL și apoi pe KRAEPELIN să denumească boala „demență precoce". Pot apărea halucinații și idei delirante fragmentare, instabile, dezorganizate, grimase, manierisme, dezinhibiție verbală de aspect pseudomoriatic, răspunsuri alături, stupide, repetate uneori stereotip (ANDERSON, MALLINSON, 1941). „Nătingia hebefrenică" (C. I. PARHON-ȘTEFĂNESCU) și „rîsul hebefrenic" (MAYER-GROSS) exprimă tulburarea afectivității de tip schizofrenic, care poate lua ea însăși forma unei depresii minore, iritabile, lipsite de profunzime, întretăiată — în perioada de stare — de izbucniri primitive de afect (furii, terorizarea anturajului), ceea ce face imprevizibil comportamentul hebefrenicului.

În faza evolutivă terminală, LEONHARD (1937), inspirat de nosologia foarte nuanțată a lui KLEIST, descrie „nerozia puerilă" cu incoerență, forma depresivă cu bizarerii, forma apatică sau autistă.

Cu toate acestea, E. BLEULER (1937) neagă autonomia hebefreniei numai pe considerentul debutului la pubertate, afirmînd că această formă a devenit „oala cea mare în care sînt aruncate formele ce nu pot fi plasate în celelalte trei".

Evoluția acestei forme poate fi cronică sau cronică cu acutizări, etapa finală fiind aceea a unui defect postprocesual grav al personalității (evoluția „deficitară", după M. BLEULER, 1972), în cadrul căruia domină apatoabulia. Datorită faptului că simptomele negative (apatia, anergia, autismul, incoerența), constituite în perioada de stare și finală a bolii în sindromul deficitar schizofrenic, domină tabloul clinic, răspunsul terapeutic la NL este redus. Se obțin numai remisiuni temporare ale acutizărilor psihotice. Existența personalității prepsihotice de tip obsesional poate constitui un factor favorizant pentru evoluție, lucru valabil, în general, pentru evoluția tuturor formelor (STENGEL, 1945). Fenomenele obsesionale grave, legate întrucîtva de cele de depersonalizare, pot evolua spre hebefrenie cînd apar la o personalitate obsesională preexistentă (MAYER-GROSS afirmă în acest sens că : „obsesivitatea poate pava drumul simptomelor obsesionale și compulsive"). Totuși, această combinație este rară, JAHRREIS (1926) găsind doar 11 pacienți cu particularități clinice obsesionale din 1 000 schizofreni cercetați. În general însă, forma hebefrenică este asociată unui istoric de adaptabilitate și funcționare scăzute și înainte de apariția clinică a bolii.

● **Forma simplă** este codificată în DSM III ca „tulburare schizoidă a personalității". Ilustrînd clinic formele insidioase de debut (așa-zisa „schizofrenia incipiens", după H. EY), această formă a fost descrisă de DIEM (1903) și KRAEPELIN, care o caracterizează ca o sărăcire și pustiire a întregii vieți psihice. H. EY vorbește de o scleroză sau „uscare„

a vieţii afective şi sociale, iar MAYER-GROSS — de ştergerea răspunsului emoţional, indiferenţă şi aplatizare, combinate cu absenţa voinţei şi a iniţiativei (lipsesc aproape totdeauna catatonia, halucinaţiile, delirurile). H. EY o include în categoria formelor „minore", alături de „schizonevroze", fapt care nu poate fi considerat justificat, avîndu-se în vedere, pe de o parte, că evoluţia este gravă, în pofida numărului redus al simptomelor (mai ales al celor productive), şi, pe de altă parte, că forma afectivă are evoluţia cea mai bună dintre toate formele. Subiectul este, de obicei, caracterizat prin trăsături schizoide ale personalităţii (tendinţă de izolare, introversiune, bizarerii, rigiditate), acuză deseori tulburări somatice vagi şi multiple, prezintă stări de apatie sau inerţie invincibile. Sub această aparentă „oboseală" sau „depresie" apar structuri psihotice, de obicei tardiv sesizate de anturaj : indolenţă, instabilitate, dezinteres pentru o activitate urmărită sistematic, apragmatism sexual, conduită afectivă paradoxală (răceală afectivă, brutalizarea persoanelor familiale), izolare socială justificată prin argumente obscure sau insolite (abstinenţă, idei religioase, idei esoterice şi extrem de „originale" asupra destinului propriu sau universal etc.). Deoarece bolnavul nu afişează o bruscă schimbare de atitudine, trecerea de la trăsăturile de personalitate, deja familiare anturajului, spre universul psihopatologic făcîndu-se pe nesimţite, şi fiindcă nu apar tulburări psihopatologice „pozitive", ZILBOORG a denumit-o şi *forma ambulatorie*. Uneori însă, din această imagine morbidă, evidenţiabilă numai de către un observator exterior mediului familial sau de către medic, răbufnesc comportamente intempestive agresive, nu de puţine ori cu caracter medicolegal. Aceşti bolnavi, aflaţi încă la porţile asistenţei psihiatrice, pot fi sugestionaţi de lideri delincvenţi şi atraşi în acţiuni delictuale (furturi, spargeri, vagabondaj), uneori aceasta fiind singura modalitate de depistare şi developare clinică a stării de boală (debut clinic medico-legal). De altfel, LOMBROSO a conceput noţiunea sa celebră a „delincventului înnăscut", pe baza observării unor astfel de subiecţi. Alţi schizofreni cu formă simplă sînt pensionarii azilelor şi căminelor-spital, ei nefiind capabili să-şi cîştige un statut profesional şi familial. Uneori, prostituatele aparţin aceluiaşi tip. Alteori, schizofrenii sînt atraşi în diverse secte, în cadrul cărora au un comportament inofensiv sau au preocupări vagi şi sterile (filozofie, yoga etc.).

Rareori, debutul poate fi marcat de apariţia unor scurte episoade psihotice acute (cu tulburări halucinatorii fragmentare), urmate apoi, timp îndelungat, de o evoluţie de tip simplu. Alteori, după o lungă perioadă de deteriorare emoţională progresivă, în cadrul unei evoluţii mai vechi, pot apărea agravări bruşte.

În forma simplă se încadrează şi *heboidofrenia* (→) sau *heboidia*, descrisă de KAHLBAUM (1890), pe care SNEJNEVSKI o consideră o variantă clinică evolutivă posibilă a schizofreniei „de nucleu". De altfel, după MAYER-GROSS (1932) forma simplă ar fi o formă a hebefreniei cu evoluţie mai săracă în simptome.

Forma simplă şi cea hebefrenică sînt denumite în literatură şi forme „nucleare" ale schizofreniei, ele fiind caracterizate prin evoluţia deficitară, considerată de KRAEPELIN esenţa psihopatologică a bolii.

În ceea ce priveşte răspunsul terapeutic la neuroleptice şi evoluţia în timp a acestei forme, ele sînt asemănătoare celor constatate în cazul formei hebefrenice. V. LEVIT, într-un studiu pe 1 329 schizofreni dintr-un district al Moscovei, găseşte o incidenţă a formei simple de 1,5% (rata cea mai redusă dintre toate formele clinice).

● **Forma catatonică** a fost descrisă iniţial de KAHLBAUM (1874), sub denumirea de *hebefreno-catatonie*. Tabloul clinic este dominat de tulburările psihomotorii, reunite în sindromul catatonic (→), însoţit şi de tulburări neurologice şi somatice : tulburări vegetative, consecutive unei dereglări a centrilor hipotalamo-diencefalici (hipersudoraţie, hipersalivaţie, tulburări vasomotorii, edeme), tulburări de ritm şi profunzime ale somnului (bolnavul păstrînd cvasicontinuu o stare de tranziţie între veghe şi somn — GJESSING), hiperkinezie şi akinezie.

Disociaţia schizofrenică transpare în acest tablou prin intermediul a numeroase simptome : impulsiuni, raptusuri catatonice (în cursul cărora bolnavul poate comite acte hetero- sau autoagresive, chiar suicid), verbigeraţie, salată de cuvinte sau un limbaj artificial secret, simbolic uneori, greu de tradus într-o vorbire curentă (schizofazie), ca tulburare primară a vorbirii schizofrene, aflată uneori în corespondenţă cu conţinutul halucinaţiilor auditive percepute de pacient (E. BLEULER).

Hiperkinezia care poate apărea sau întreţăia starea catatonică traduce incoerenţa gîndirii şi lipsa de sens şi finalitate a ideaţiei. Halucinaţiile pot fi, la unii bolnavi, cauza gesticii bizare (comportament halucinator), iar ideile delirante cu caracter fantastic pot sta la originea stuporii, stereotipiilor sau excitaţiei hiperkinetice. Totdeauna, în spatele semnelor catatonice vizibile, se află alte simptome schizofrenice, productive, care pot determina aspectul clinic al celor dintîi, succesiunea şi

Schizofrenie simplă

uneori variaţia lor extremă (de la stupor la agitaţie şi raptus agresiv sau suicidar). Delirul catatonic (apropiat de cel oniric, după BARUK) comportă o intensă activitate halucinatorie, experienţe terifiante de fragmentare corporală sau idei fantastice, al căror conţinut bolnavul îl poate reda amănunţit după remisiunea sa.

Formele (variantele) clinice ale catatoniei sînt următoarele :

— *stupoarea catatonică* — stare de inerţie, imobilitate, în care predomină semnele negative, pe fondul cărora intervin brusc pusee de agitaţie, impulsivitate ; dura deseori săptămîni sau luni, în etapa preneuroleptică ;

— *agitaţia catatonică* — caracterizată prin violenţă extremă, însoţită de o multitudine de violenţe verbale, gestuale, expresii teatrale, salată de cuvinte ;

— *catatonismul* (H. EY) — formă minoră a sindromului catatonic, tipică schizofreniei, pentru că traduce în sfera psihomotorie elementul disociativ (refuzul mîinii întinse de interlocutor, grimase, surîsuri nemotivate, tendinţa spre perseverare în anumite atitudini, negativism verbal, manierisme etc.) ;

— *catatonia periodică* — formă rară (2% din totalul cazurilor de schizofrenie), în care episoadele catatonice se produc la intervale periodice, separate de perioade de remisiune. Este o formă controversată, atît din punctul de vedere al etiologiei (s-au căutat corelaţii biologice care să explice acest tablou particular), cît şi al apartenenţei etiologice (unii autori au atribuit-o bolilor afective).

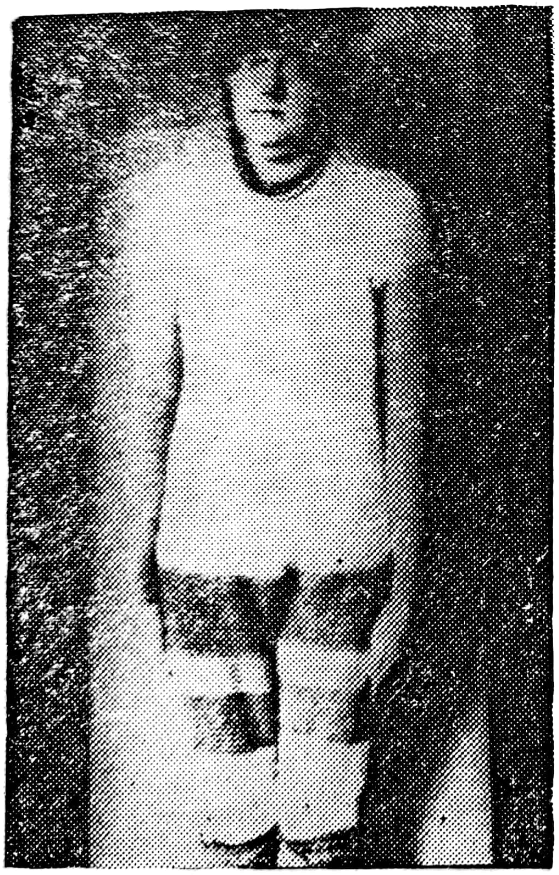
GJESSING (1947) a găsit variaţii fazice ale balanţei azotate totale, asociate modificărilor psihice periodice. Stuporul catatonic, ca şi excitaţia catatonică sînt acompaniate de retenţie azotată sau de excreţie compensatorie după retenţie, în intervalul liber. Modificările simultane de natură vegetativă se datorează, după acest autor, acumulării excesive de azot şi efectului toxic al acestuia. Ipoteza lui GJESSING a fost confirmată de efectul pozitiv al tiroxinei în cazurile studiate de el, asociate unei diete sărace în compuşi azotaţi, ceea ce a dus la catabolizarea excesului de azot. Lucrări ulterioare au arătat prelungirea intervalelor libere prin administrarea unei diete sărace în proteine. Acelaşi autor a susţinut şi ipoteza diencefalică în

Schizofrenie catatonică (după O. Bumke)

etiopatologia tulburării. Alţi autori (CRAMMER GREVING, JAHN) au legat-o de metabolismul apei (dar această ipoteză nu explică periodicitatea) sau de metabolismul unor compuşi histaminici. Astăzi, tulburarea răspunde bine la neuroleptice, recăderile putînd fi prevenite prin NL retard, iar balanţa azotată menţinută prin administrarea continuă de tiroxină.

Prevalenţa formei catatonice ar fi, după GUGGENHEIM şi BABIGIAN, destul de mare în prezent : într-un district din S.U.A., un studiu pe şapte ani a găsit un caz la 1 000 locuitori ; 5% din toate diagnosticele iniţiale de schizofrenie sînt catatonii, în clasele sociale inferioare catatonia fiind de şapte ori mai frecventă decît în cele superioare. Rata deceselor este de 2,6—3,6 ori mai mare decît în populaţia generală. Este mai frecventă la femei. Vîrsta maximei frecvenţe este între 15—25 ani. Dacă înainte se observa că evoluţia spre faza terminală, „demenţială", se făcea în 3—4 ani, în era neurolepticelor evoluţia este mai bună, cu o mai scurtă durată a episoadelor, iar incidenţa formei clinice clasice foarte rară. Rezultatele bune ale terapiei electroconvulsivante constau în reducerea importantă a mortalităţii prin tulburări metabolice secundare negativismului alimentar sau prin sindromul de epuizare din excitaţia catatonică ;

— *catatonia mortala* (→) cunoscută şi sub denumirea de catatonie Stauder sau schizofrenia hipertoxică.



Schizofrenie catatonică

● **Forma paranoidă** — caracterizată clinic prin prezenţa simptomelor pozitive (H. EY), productive, ce alcătuiesc sindromul paranoid : idei delirante numeroase, ilogice, absurde, cu teme de persecuţie sau gelozie, în flagrantă contradicţie cu realitatea, halucinaţii survenite pe fondul unei tulburări schizofrenice a asociaţiilor ideative şi a afectivităţii, pînă la paratimie (inversiunea afectivă). Debutează mai evident pe plan clinic decît alte forme, de obicei acut, după vîrsta de 30 de ani (KALLMAN stabileşte, ca vîrstă medie a debutului, vîrsta de 35 de ani), cînd pacienţii au deja un statut marital şi profesional (factori evolutivi recunoscuţi ca favorabili). Apare mai frecvent la persoane cu un bun nivel cognitiv, care, datorită şi vîrstei debutului, au avut timp să-şi desăvîrşească instrucţia. Nu există o predispoziţie familială semnificativ crescută a acestei forme. Personalitatea prepsihotică este, de obicei, caracterizată printr-un slab raport interpersonal. Viitorii pacienţi sînt persoane reci, distante, mai retrase, au uşor resentimente faţă de persoanele cu care intră în contact ; mulţi sînt ostili, agresivi în raporturile lor interpersonale, au o atitudine sfidătoare, provocatoare faţă de anturaj, sînt ironici şi dispreţuitori, au tendinţă spre contrazicerea şi negarea afirmaţiilor celorlalţi şi mai ales ale persoanelor investite cu autoritate din anturaj, cărora le adresează deseori remarci sarcastice, caustice.

Temele delirante din faza de stare mai pot cuprinde, pe lîngă cele deja enumerate, expansivitatea centrată pe îndeplinirea unor dorinţe proprii (uneori preexistente apariţiei bolii), hipocondria (forma cenestezică descrisă de HUBER — are o evoluţie mai trenantă şi este mai rezistentă la tratament), depresia, de obicei legată de persecuţie (influenţă exterioară).

Ideile delirante apărute în contextul disociaţiei personalităţii sînt nesistematizate, dezorganizate, dar destul de stabile şi se remarcă prin caracterul lor absurd (incomprehensibilitatea delirului, caracterul ininteligibil — JASPERS). Ele sînt expuse într-un limbaj nepotrivit, cu mari tulburări de sintaxă, neologisme, paralogisme, simbolisme, stereotipii, pînă la incoerenţă, cînd delirul este florid. Iniţial, pot fi descrise elemente ale delirului primar (→) care, prin „munca delirantă" (JASPERS) realizează temele delirante amintite ; din acestea, odată cu evoluţia bolii, iau naştere delirul secundar şi autismul (→), în cadrul căruia gindirea devine „dereistică" (E. BLEULER), conturînd „lumea proprie" („Eigenwelt", după WIRSCH) a „existenţei schizofrenice".

HAGEN (1870) interpretează credinţele delirante drept căutare a unor explicaţii prin care bolnavul să-şi înţeleagă perplexitatea şi suferinţa şi care să confere o oarecare stabilitate existenţei sale, dezorganizate de procesul disociativ. WERNICKE (1906) denumeşte „delir de explicaţie" efortul pacientului de a-şi lămuri enigmele experienţelor stranii pe care le trăieşte, senzaţiile insolite prin care resimte trăirile halucinatorii, sentimentele de pasivitate etc. Pacientul caută explicaţiile în ordinea lucrurilor pe care le cunoaşte, de aceea forţele supranaturale, monştrii, farmecele, licantropii apăreau în epoca evului mediu. Ele au fost înlocuite, în cadrul tematicilor delirante ale schizofrenului paranoid din epoca modernă, de electricitate, radiaţii, hipnoză, transmisiile la distanţă şi alte fenomene, familiare datorită mass mediei, chiar dacă, de fapt, sînt necunoscute bolnavului. Aşa cum arată SLATER şi alţii (1969), delirurile conţin elemente secundare, derivate din adaptarea parţială la experienţa morbidă. Aceasta nu înseamnă — desigur — că aceste teorii reuşesc să explice ceea ce — deocamdată — rămîne de neexplicat în schizofrenia paranoidă, delirul primar fiind incomprehensibil şi inflexibil prin pregnanţa cu care se impune gîndirii bolnavului. Uneori, se constituie sindromul de automatism mintal Kandinski-Clérambault (→).

Conştiinţa este clară, iar trăirile afective care însoţesc delirul pot fi în contradicţie totală cu conţinutul acestuia (ataxia intrapsihică →).

În plan comportamental, în perioada premergătoare invaziei bolii sau în cea de remisiune a ei, pacienţii pot afişa multă vreme o aparenţă de normalitate, în ciuda credinţelor lor delirante absurde („dubla contabilitate" — E. BLEULER). De altfel, şi în perioada de stare, nu există o delimitare clară între lumea reală şi cea delirantă, neîncrederea celor din anturaj neliniştindu-l sau preocupîndu-l prea puţin pe bolnav, iar temele delirante ale bolnavului putînd fi uneori surprinzător de mult timp tolerate de ceilalţi, care le consideră credinţe particulare (întîlnite uneori în eposul cultural respectiv) sau fantezii asemănătoare celor ale copiilor (MAYER-GROSS). Deseori personalitatea premorbidă este de tip schizoid sau senzitiv (după cum, alteori, poate fi perfect normală). După consumarea episodului paranoid apar modificări ale personalităţii, numite „sechelare" de unii autori, constituind defectul postprocesual de diferite intensităţi sau coloraturi clinice, care se pot evidenţia şi la pacienţii fără trăsături premorbide, schizoide sau de alt tip ale personalităţii. Deficitul nu este însă atît de marcat ca în formele hebefrenică simplă sau catatonică, formei paranoide fiindu-i propriu „defectul pur" (defect →), descris de HUBER, uneori imperceptibil clinic şi definibil doar în raport cu cunoaşterea şi aprecierea episodului paranoid preexistent. Reversibilitatea remarcabilă a unor forme paranoide furnizează majoritatea cazurilor din cele 17% de forme remisionale medii şi 38% forme uşoare, despre care vorbeşte M. BLEULER (1972).

Schizofrenie paranoidă : perplexitate
(după O. Bumke)

● **Forma cenestezică** este delimitată de HUBER (1953), care o mai denumeşte „somatohipocondriacă". Are loc o evoluţie a unor teme hipocondriace, la început pseudonevrotice (dismorfofobie, depersonalizare, semnul oglinzii), spre tematica delirantă absurdă, chiar fantastică, însoţită de halucinaţii psihomotorii (voci proferate de organele interne, care „se aud din sînge"), constituind sindroame delirante de posesiune, de habitaţie interioară, de monomanie şi zoopatie internă. Este rezistentă la tratament, evoluînd spre cronicizare, evoluţie subcronică cu acutizări sau defect astenic, cu slabă modulare afectivă, fără să realizeze defectul apato-abulic terminal al formelor grave. ROTSTEIN (1961) o consideră ca aparţinînd formei paranoide.

- **Forma afectivă**, introdusă de H. EY printre formele „minore" şi de MAYER-GROSS printre cele „atipice" sau „mixte" a fost denumită în diferite moduri : „schizoză", „schizomanie" (CLAUDE), „schizofrenie afectivă" sau „pseudonevroză schizofrenică" (HOCH), „schizonevroză" (EY), „forma recurentă a schizofreniei" (RICHTER ş.a.). KASANIN (1933) o denumeşte „psihoză schizoafectivă", caracterizînd-o prin debutul acut, cu marcată furtună emoţională şi distorsiune a lumii exterioare. KASANIN accentuează asupra faptului că ar fi consecinţa unui stres mintal sever. În DSM I (1952), este codificată ca formă a schizofreniei caracterizată printr-o mixtură de simptome schizofrenice si afective, iar ICD 9 adaugă tendinţa spre remisiune fără defect permanent, dar cu potenţial de recurenţă. DSM III reţine în definiţia acestei forme, incluse în capitolul „tulburările psihotice neclasificate altundeva", tulburările afective incongruente cu delirurile sau halucinaţiile concomitente, simptomele afective neavînd o durată mai lungă decît cele schizofrenice. În cazul cînd un tablou mixt, afectiv şi schizofrenic, nu poate fi diferenţiat după criteriile precizate la schizofrenie, tulburare schizofreniformă sau tulburare afectivă majoră cu factori psihotici, el trebuie etichetat — după DSM III — ca psihoză schizoafectivă. Tulburările psihotice de tip schizofrenic trebuie să fie „clare şi dramatice", conducînd la perturbarea evidentă a relaţiilor cu anturajul (GUZE, 1985).

Episoadele durează săptămîni sau luni şi sînt separate de perioade de luni sau ani de funcţionare normală. Pot apărea idei de suicid sau chiar trecerea la act.

Combinaţia terapeutică neuroleptice-antidepresive-electroşoc poate conduce la remisiuni eficiente, cu recîştigarea statutului social şi profesional.

- **Forma grefată** nu este codificată în ICD 9 şi în DSM III, dar apare în tratatele lui MAYER-GROSS (la formele „atipice"), H. EY (la formele „speciale") şi V. PREDESCU. Descrisă de KRAEPELIN şi E. BLEULER („Propfschizophrenie" sau „Propfhebephrenie"), se caracterizează prin halucinaţii simple, primitive, monotone, idei hipocondriace stereotipe, sărace, relativ accesibile la contraargumentaţie, comportament lipsit de agresivitate (MAYER-GROSS). Deficitul este redus, puţin manifest clinic, uneori cu alură catatonoidă sau comportamentală, tulburarea trecînd deseori neobservată, putînd fi diagnosticată chiar de către medic drept simplă oligofrenie (H. EY). Se admite, încă de la autorii clasici, că 6—7% din schizofreni ar fi nedezvoltaţi cognitiv, cifra nefiind însă confirmată de studii mai recente.

Schizofrenie afectivă (după Kieser)

- **Forma tardivă** nu este, de asemenea, codificată de ICD 9 şi de DSM III. Formă „atipică", după MAYER-GROSS, schizofrenia tardivă a fost definită de M. BLEULER prin următoarele criterii : debut după 40 de ani (după 45 ani — H. EY), simptome schizofrenice fără semne de deteriorare psihică (sindrom amnestic) sau neurologice. După acelaşi autor, 2/3 din cazuri debutează pînă la 50 ani, 4% după 60 ani, această formă reprezentînd 15% din totalul schizofreniilor şi predominînd la femei. Ea pune problema relaţiei cu psihozele de involuţie (HALBERSTADT, 1925) sau cu cele organice, alcoolice, depresive şi maniacale ale perioadei involutive (JANZARIK). MAYER-GROSS include în această formă şi depresia psihotică de involuţie (melancolia de involuţie →), formă rigidificată sau stuporoasă (MEDOW, 1922), dar alţi autori (JISLIN, MÜLLER) îi susţin un statut nosologic distinct în cadrul patologiei involutive. Factorii patologici preinvolutivi sau involutivi conferă formei tardive coloratura parafreniformă, depresiv-anxioasă, catatonică sau pe cea a agitaţiei confuzionale, precum şi tendinţa spre evoluţie trenantă a delirului. Defectul terminal este mai rar şi mai puţin grav, uneori existînd doar o „vindecare socială" (G. N. CONSTANTINESCU, 1976). Tabloul dominant este cel paranoid, cu delir tinzînd spre sistematizare și spre aglutinare în tematica delirantă a conflictelor psihologice prepsihotice.

În cadrul acestei forme trebuie adusă în discuție și controversata problemă a apartenenței nosologice a parafreniei, pe care KRAEPELIN o consideră ca o afecțiune separată, dar alți autori (printre care MAYER-GROSS, 1969, și STRÖMGREN, 1982) o includ în cadrul schizofreniei cu factori atipici (datorită vîrstei tardive de debut). Această psihoză este pur și simplu omisă de DSM III, inclusă de ICD 9 la codul 297 (stări delirante), alături de paranoia și de delirul indus, ca și în tratatele lui KOLB (1977), H. EY, BERNARD, BRISSET (1979). PREDESCU (1976) o tratează, de asemenea, în cadrul delirurilor sistematizate cronice, în categoria psihozelor „endogene" (alături de schizofrenie), dar mai recent, LEHMANN și CANCRO (1985) o consideră o formă clinică a schizofreniei. Tradiția nosologiei clasice pare însă și astăzi conformă cu realitatea clinică, pentru că parafreniile (cu cele trei forme ale lor), deși destul de rare, pot fi diferențiate simptomatologic și evolutiv chiar și de formele parafrenizate ale schizofreniei tardive.

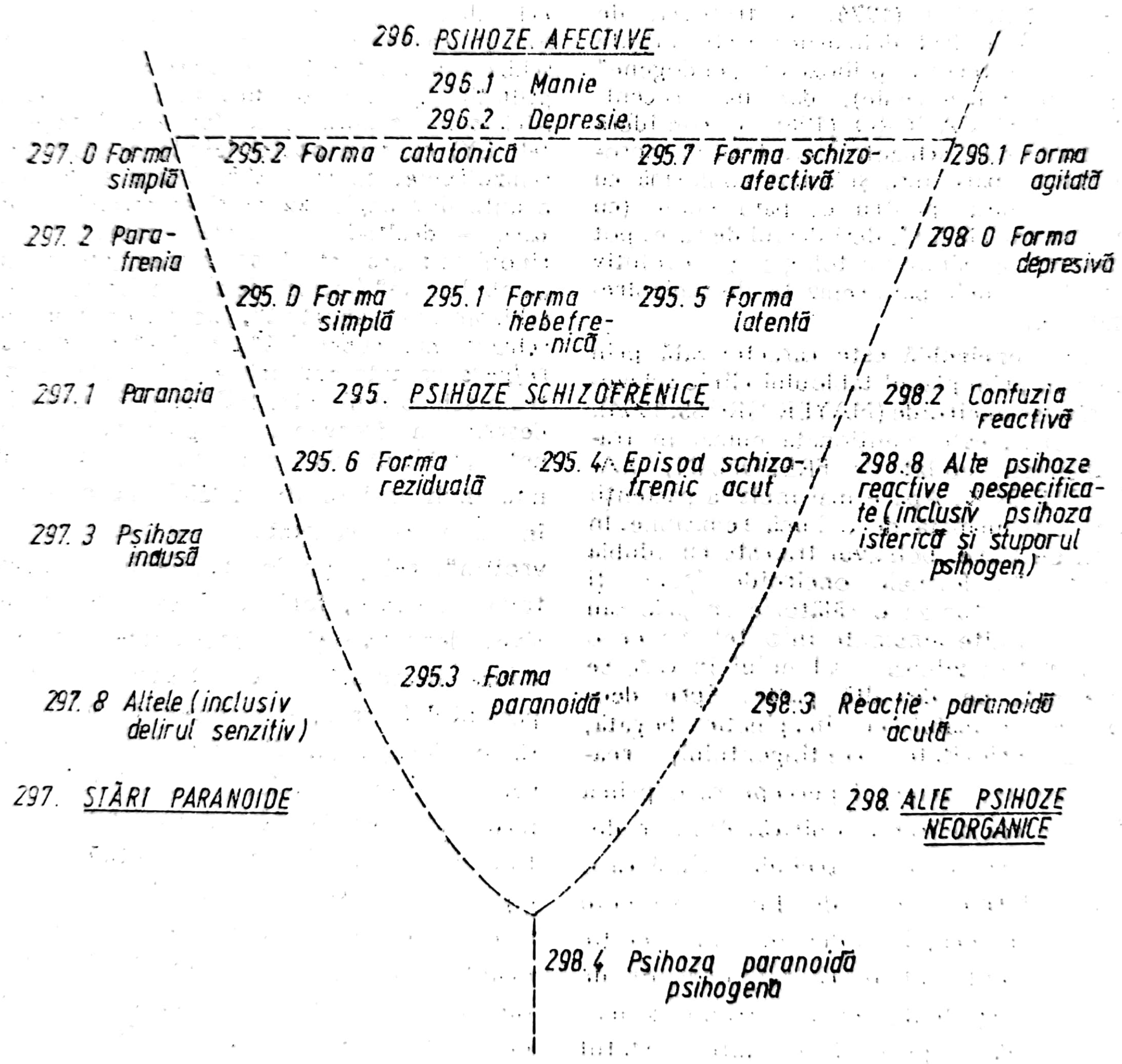
● **Forma oneiroidă** este caracterizată prin prezența în prim planul tabloului clinic schizofren a stărilor oneiroide (MAYER-GROSS, 1924). Această formă este menționată numai în tratatul american editat de FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Apare mai mult la pacienții tineri și este urmată de o bună remisiune. În perioada de stare, bolnavul trăiește cu „dublă contabilitate" : formele oneiroide (poate fi convins că efectuează o călătorie spațială sau că se află în alte ambianțe insolite), pe de o parte, și rutina zilnică a salonului în care se află internat, pe de altă parte. Spre deosebire de normalul cu imaginație bogată, care dă prioritate contingentului, realității imediate, pacientul percepe ca o primă realitate pe cea delirantă, onirică. Avînd o durată scurtă, această formă trebuie inclusă ca o variantă a formei paranoide. Bufeul paranoid este, de asemenea, introdus în ultima ediție a tratatului menționat, în cadrul formelor de schizofrenie, deși toate celelalte tratate și manuale îi acordă — pe bună dreptate — statut separat.

● **Forma nediferențiată** este o categorie nou inclusă în DSM III, corespunzînd „episodului schizofrenic acut" din ICD 9. Se referă la acele forme în care, în pofida prezenței simptomelor schizofrenice clare, acestea nu pot fi încadrate în nici una dintre celelalte forme, întrunind criterii diagnostice pentru mai multe subtipuri. Cuprinde tablouri acute, cu halucinații și deliruri bogate, incoerență și comportament profund dezorganizat sau, dimpotrivă, cronice, cu evoluție incertă și trenantă.

● **Forma latentă** apare codificată în ICD 9 cu precizarea că este dificilă „o descriere general acceptabilă", utilizarea ei nefiind recomandată. Această formă, pe care nu trebuie să o recunoască „decît cei care cred în ea", ar consta dintr-un comportament excentric sau ilogic, cu anomalii afective care par a fi de natură schizofrenică, deși nu există nici un simptom tipic în prezent sau în trecut. ICD 9 enumeră cîteva echivalențe tipologice slab definite clinic, ce s-ar putea încadra în această formă : reacția schizofrenică latentă, schizofrenia limită, prepsihotică, pseudonevrotică, pseudopsihopatică. Aici s-ar încadra deci formele "incipiens" (H. EY) cu care poate debuta o „adevărată" schizofrenie, ca și „schizofrenia borderline" a autorilor anglo-saxoni și americani, pentru care — dealtfel — există o multitudine de sinonime : „caracter" schizofren, schizofrenie „ambulatorie" (inclusă de alții la forma simplă), schizofrenie „abortivă", „caracter psihotic", schizofrenie „subclinică", „ocultă", sindrom/stare/personalitate borderline, tulburare de spectrum schizofrenic etc. HOCH și POLATIN au descris ca frecventă în practica de cabinet „schizofrenia pseudonevrotică" (întîlnită mult mai rar în spitalele de psihiatrie), în care se constată o mixtură „pannevrotică", cel puțin în stadiile inițiale, simptome anxioase, fobice, obsesionale, compulsive, depresive și hipocondriace. Anxietatea difuză invadează lent întreaga existență a pacientului care, deși încearcă, nu reușește să o depășească. Simptomele nevrotice se substituie unul altuia, pacientul nefiind însă niciodată liber de acestea. Explicațiile pacientului referitoare la simptomele sale sînt vagi, digresive și deseori contradictorii, fiind repetate într-o manieră stereotipă, lipsită de nuanțe. Uneori, apar scurte episoade psihotice, care pot evolua spre o psihoză francă, dar cu deficit mai neînsemnat decît în schizofrenia vera (BORDERLINE, tip de personalitate →). GRINKER ș.a. (1968, 1977) consideră rară evoluția „sindroamelor borderline" spre un sindrom schizofrenic constituit.

● **Forma reziduală**, codificată în ICD 9 și DSM III, este din punct de vedere clinic similară formei anterioare (LEHMANN și CANCRO) : forma latentă este uneori o formă de debut sau premergătoare unui episod schizofrenic constituit, iar cea reziduală este stadiul ulterior acestuia. Ca stadiu evolutiv, ambele au caracter „ambulatoriu". În această formă, simptomele schizofrenice acute își pierd în cea mai mare parte intensitatea, după o îndelungată evoluție, sau lipsesc, dar coexistă tocirea afectivă, un comportament bizar și un oarecare grad de defect de integrare socială și profesională (cu încadrare la un nivel inferior celui anterior îmbolnăvirii).

● **„Psihoza Urstein"**, descrisă de psihiatrul polonez cu același nume (1909) ca o formă catatoniformă, a ridicat, pînă în 1930, cînd s-au introdus metodele de tratament prin șoc, problema unei relații schizofrenie-psihoză afectivă. Această formă debuta cu tablouri afective tipice, evoluînd ulterior spre o stare psihotică ce nu putea fi deosebită de forma catatonică a schizofreniei. Terapiile prin șoc au contribuit la remiterea acestor tablouri, care nu au mai evoluat spre defectul de tip schizofrenic, developînd o evoluție afectivă tipică.


296. PSIHOZE AFECTIVE
296.1 Manie
296.2 Depresie
297.0 Forma simplă
295.2 Forma catatonică
295.7 Forma schizo-afectivă
296.1 Forma agitată
297.2 Parafrenia
298.0 Forma depresivă
295.0 Forma simplă
295.1 Forma hebefrenică
295.5 Forma latentă
297.1 Paranoia
295. PSIHOZE SCHIZOFRENICE
298.2 Confuzia reactivă
295.6 Forma reziduală
295.4 Episod schizofrenic acut
298.8 Alte psihoze reactive nespecificate (inclusiv psihoza isterică și stuporul psihogen)
297.3 Psihoza indusă
295.3 Forma paranoidă
297.8 Altele (inclusiv delirul senzitiv)
298.3 Reacție paranoidă acută
297. STĂRI PARANOIDE
298. ALTE PSIHOZE NEORGANICE
298.4 Psihoza paranoidă psihogenă

RELAȚIA „PSIHOZELOR SCHIZOFRENICE" CU ALTE GRUPE DE AFECȚIUNI CONFORM CU ICD 9 (după STRÖMGREN, 1982)

● **Formele evolutive** (BOUGEROL, HUBER, 1984) pot fi identificate printr-o apreciere globală a tabloului clinic și a celui evolutiv, în cadrul urmăririi îndelungate (pe zeci de ani) a cazurilor. M. BLEULER și SUTTER au efectuat astfel de studii. SUTTER, urmărind peste zece ani cîteva zeci de cazuri, distinge :

- *forme distimhormice* — caracterizate printr-o disociere constant-progresivă, cu instalarea unui tablou deficitar variabil ;
- *forme paranoide* cu evoluție în pusee (forma ondulantă a evoluției, acceptată astăzi), separate prin perioade de remisiune mai mult sau mai puțin marcată ;
- *forma „demențială“* (care se suprapune accepțiunii clasice a „demenței precoce“) ;
- *„schizofrenia senzitivilor“*, în care constituirea delirului paranoid, cu pronunțat caracter de relație, este, într-o oarecare măsură, determinată reactiv, prin înglobarea în structura și tematica delirului a trăsăturilor premorbide de personalitate și a unor psihotraume care precedă delirul, dar care sînt în bună măsură grevate de structura senzitivă a acestei personalități premorbide ;
- *forme terminale* — după evoluția îndelungată a unor variante clinice apatice sau agitate. Ele urmează, de obicei, formei hebefrenice sau simple, mai puțin celei paranoide. Aceasta din urmă este mult mai rară în prezent, ca urmare a utilizării neurolepticelor

Orientările moderne, determinate de cercetările din ultimii 20 de ani, tind să reducă fărîmițarea formelor clinice în multitudinea de tipuri mai sus menționate. Pornind de la dihotomia stabilită de STRAUSS, CARPENTER, BARTKO (1974), în simptome pozitive (halucinații, idei delirante, alte tulburări ale gîndirii, comportament bizar) și negative (afectivitate redusă, impuls social scăzut, constrîngere ideațională, restrîngerea gamei emoționale), o serie de autori au studiat corelarea acestora cu evoluția și răspunsul terapeutic. Simptomele pozitive pot fi diferențiate de cele negative pe baza unui criteriu de stabilitate temporală, cele pozitive fiind mai frecvente decît cele negative și mult mai durabile, cînd sînt prezente. De aceea, SNEJNEVSKI (1968) vorbește despre simptome flexibile (cele pozitive) și inflexibile (negative), iar WING și BROWN (1970) despre sindromul de sărăcire, în contrast cu cel psihotic florid.

CROW și alții (1980, 1985) utilizează dihotomia simptome pozitive/negative pentru a postula două tipuri de schizofrenie, care, deși definite de ei prin criterii de natură diferită, au dovedit o oarecare relevanță clinică.

Tipul I ar fi caracterizat prin debut acut, funcție intelectuală de obicei normală, structură cerebrală normală, răspuns bun la antipsihotice, posibil număr crescut al receptorilor dopaminici D_2, absența simptomelor negative.

Tipul II — debut insidios, deteriorare intelectuală, modificarea structurii cerebrale (lărgire ventriculară), slab răspuns la neuroleptice, semne negative predominante.

Rezultă că, dacă toți schizofrenii ar trebui să aibă simptome pozitive uneori în cursul bolii, prezența sau absența simptomelor negative este cheia stabilirii caracterelor clinice ale bolii (și, implicit, și a celor evolutive). CROW susține, în plus, că pacienții fără simptome negative precoce le pot dezvolta mai tîrziu în cursul bolii și, odată apărute, ele se vor menține, determinînd astfel trecerea tipului I în tipul II, a cărui evoluție este ireversibilă.

ANDREASEN și OLSEN (1982), CARPENTER ș.a. (1988) au confirmat validitatea clinică a acestor două tipuri postulate de CROW, pe bolnavii internați, constatînd că pacienții care nu intră în nici unul dintre tipuri pot fi clasificați ca „micști“. Acești doi autori au găsit argumente suplimentare care le sprijină afirmațiile : tipul II s-a corelat în studiul lor cu o educație redusă, adaptare socială premorbidă mai slabă, rată mică a angajării în ocupații productive, proporție mai scăzută de modificări la explorarea prin tomografia computerizată, performanțe intelectuale mai reduse, frecvență crescută a ambidextriei, rate globale mai mari ale evoluției nefavorabile atît la internare, cît și la externare. Corelația negativă, destul de semnificativă însă între tipurile I și II, la întregul lot studiat, sugerează că acestea reprezintă de fapt, o departajare tipologică finală, care se opune continuumului simptomatologic din perioadele de debut și de stare ale bolii.

Dacă, poate, în viitor, clinicianul va mai utiliza clasificarea în formele clinice tradiționale ale schizofreniei numai din motive nostalgice, acestea își mențin deocamdată utilitatea nosografică, didactică, terapeutică și prognostică.

SCHIZOFRENIE LA COPIL ȘI ADOLESCENT. Introdus pentru prima oară în patologia infantilă de către POTTER (1933), termenul de „schizofrenie“ a determinat, ca și în cazul psihiatriei adultului, numeroase eforturi de definire, dar și de diferențiere de alte categorii nosologice (demențe, encefalopatii, alte psihoze, nevroze, personalități schizoide etc.).

Astfel, în psihiatria copilului, conceptul de schizofrenie a avut o evoluție contradictorie : fie și-a lărgit excesiv aria de cuprindere, fie s-a dizolvat în grupul „psihozelor infantile". Dacă reprezentanții primei orientări (Loretta BENDER, 1953 ; FISH, 1971) au supraevaluat rolul factorilor de mediu în geneza schizofreniei (SULLIVAN vorbește chiar de „schizofrenii reacționale" — termen devenit astăzi desuet), susținătorii celei de a doua orientări (STRÖMGREN, EISENBERG, DIATKINE, STERN etc.) adoptă conceptul de „psihoze infantile" sau de „tulburări persistente de dezvoltare" (SPITZER și colab., 1980; 1987). DIATKINE și STEIN (1968) au abandonat noțiunea de schizofrenie în favoarea aceleia de „organizare psihotică", iar RUTTER (1972) a atribuit aceluiași termen doar o valoare istorică. Conceptul de „psihoză infantilă" nu a satisfăcut totuși toate deziderατele, el reprezentînd, așa cum sublinia H. EY (1957), „o noțiune prea fluidă" (generală, fără omogenitate și specificitate).

TABEL CXLVI

Forme clinice de psihoze infantile
(după Ștefan Milea)

	Tipuri
GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY (1966)	Debut înaintea vîrstei de 5 ani : ● autism infantil ; ● psihoze interacționale ; ● alte psihoze ale copilăriei. Debut între 6—12 ani : ● psihoze schizofreniforme ; ● alte psihoze.
KOLVIN și colab. (1971)	Debut înaintea vîrstei de 3 ani ; Debut între 3—5 ani ; Debut între 6—11 ani ;
SCHWARTZ și JOHNSON (1982)	Debut înaintea vîrstei de 30 luni (autism infantil) ; Debut între 30 luni — 5 ani (psihoze dezintegrative) ; Schizofrenia — debut după o perioadă mai mare sau mai mică de dezvoltare normală ;
BÜRGIN (1982)	Debut înaintea vîrstei de 30 luni ; ● autism psihogen (reacție autistă) ; ● sindrom Asperger (psihopatia autistă) ; ● autism infantil propriu-zis (sindrom Kanner — autism infantil precoce ; autism somatogen — autism organic cerebral). Debut între 30 luni și 6 ani (psihoze dezintegrative) Debut după vîrsta de 6 ani (schizofrenie infantilă)
DSM III (1980)	Tulburări pervasive de dezvoltare („Pervasive Developmental Disorder") : ● debut înaintea vîrstei de 30 luni (autism infantil precoce) ; ● debut între 30 luni și 12 ani (forma infantilă și forma atipică de tulburare pervasivă de dezvoltare) ; ● schizofrenie infantilă.

Majoritatea autorilor preferă să adopte o atitudine prudentă, menținînd în cadrul schizofreniei doar formele ce apar după vîrsta de 10 ani. După GARRONE (1950), GOTTESMAN (1973), TSUANG și Van DERMEY (1980), riscul pentru individ de a face schizofrenie este de 0,8% (alți autori mergînd pînă la 1,2%). Se consideră că 1—5% dintre schizofreniile adultului debutează în copilărie (K. KRAEPELIN, E. BLEULER), prevalența la această vîrstă fiind de 3—4‰ (LOTTET, 1966). Prevalența generală scade la 1‱ pentru copii sub 5 ani și crește la 20‱ între 15—17 ani.

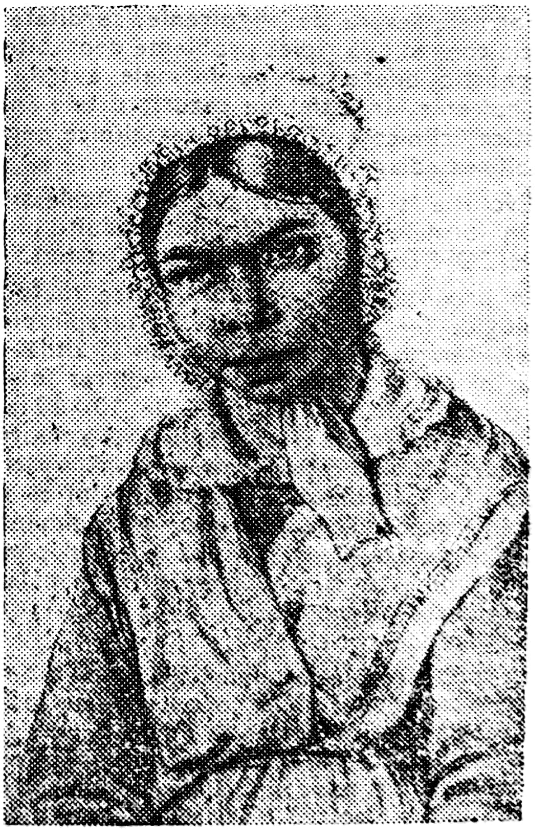
Simptomatologia descrisă la adolescent este similară formelor de schizofrenie întîlnită la adult. La copil însă, spre deosebire de adult, din cauza insuficienței dezvoltări a funcțiilor psihice, a experienței de viață reduse, a insuficientei delimitări dintre real și imaginar, simptomatologia este mai slab conturată, mai săracă, mai ștearsă și, uneori, modificată de existența — mai ales la vîrstele mici — unui sindrom defectual. Pregnanța cu care particularitățile copilăriei și adolescenței își pun amprenta asupra tabloului clinic al schizofreniei impune delimitarea formelor clinice specific infantile de cele întîlnite la adult.

- Formele clinice asemănătoare celor întîlnite la adult, existente și la vîrsta pubertară și la adolescență, codificate cu 295 în ICD 9, sînt : forma simplă, hebefrenică, catatonică, paranoidă, episodul schizofrenic acut, schizofrenia latentă, schizofrenia reziduală, forma schizoafectivă, alte forme (acută sau nediferențiată, atipică, cenestopată etc.) și forma neprecizată (psihoza schizofreniformă SAI, reacția schizofrenică SAI, schizofrenia SAI).
- Formele specific infantile (autismul, în ICD 9, este codificat separat, cu 299) continuă să fie controversate și cuprind :
  - forma autistă (caracteristică antepreșcolarului și preșcolarului) ;
  - forma infantilă (cu debut după vîrsta de 6 ani).

Forma autistă se caracterizează prin absența nevoii de comunicare și a dorinței de contact interpersonal, un atașament bizar față de unele obiecte sau stimuli externi, un limbaj individualizat prin denaturarea funcției de comunicare, acțiuni și atitudini ciudate, crize de anxietate și frici nemotivate, rudimente de trăiri halucinatorii, idei obsesive și delirante (uneori). Criteriile de definire ale acestei forme de schizofrenie sînt următoarele : debut după o perioadă de dezvoltare psihică normală sau cvasinormală ; absența formelor de organicitate ; existența unor afecțiuni psihice în familie ; existența unei disfuncționalități motorii ; prezența crizelor nemotivate de anxietate, a fobiilor și obsesiilor ; dezvoltare psihomotorie fluctuantă ; rudimente de halucinații ; incoerență în gîndire ; evoluție progredientă.

Forma infantilă se instalează insidios, după o perioadă de dezvoltare psihică normală. Treptat, apar tendințe de izolare, dezinteresul față de obligațiile școlare, solilocvia, crizele de anxietate, fragmentele delirante, ritualurile, manierismele, stereotipiile. Comportamentul devine bizar, de neînțeles.

Varietatea manifestărilor psihopatologice, lipsa specificității diagnostice a acestora, absența unor modificări paraclinice caracteristice și faptul că numeroase alte afecțiuni pot prezenta în cursul evoluției lor un aspect schizofreniform determină dificultatea, atît a diagnosticului pozitiv, cît și a celui diferențial. În ciuda diverselor sisteme diagnostice propuse (GARFIELD, 1983), diagnosticul schizofreniei la copil și adolescent continuă să se sprijine și astăzi pe datele clinico-evolutive, anamnestice și paraclinice (de excludere).



Schizofrenie la copil (după Morel)

În ceea ce privește diagnosticul diferențial, este necesară delimitarea schizofreniei, ca tulburare psihotică, de numeroase manifestări nepsihotice (nevroză, tulburări de comportament și personalitate, diferite tulburări organice etc.), în care conștiința bolii este conservată, lipsesc semnele de perturbare profundă a capacității individului de a aprecia adecvat realitatea și pe sine, nu apar note de incomprehensibil și bizar ale tulburărilor, iar natura lor poate fi evidențiată prin anamneză și examene paraclinice. Psihoza maniaco-depresivă, afecțiune rară în copilărie, ridică probleme de diagnostic diferențial, în special în forma hebefrenică (episodul maniacal) și catatonică a schizofreniei (episodul depresiv al PMD) (→ SCHIZOFRENIE, diagnostic diferențial).

Trebuie menționate în mod deosebit tulburările de personalitate de tip schizoid, care apar la unii copii în perioada pubertății sau adolescenței, ca urmare a amplificării sensibilității, susceptibilității și a dificultăților de socializare; acestea se diferențiază de schizofrenie prin caracterul lor temporar și absența alurii procesuale a bolii.

Psihozele organice (infecțioase, toxice, traumatice, tumorale etc.) se diferențiază pe baza argumentelor anamnestice, clinico-evolutive și, mai ales, a datelor de laborator.

Formele severe de oligofrenie, surditatea și afazia congenitală ridică probleme deosebite de diagnostic diferențial cu formele autiste de schizofrenie. În astfel de cazuri, datele anamnestice, clinico-evolutive și paraclinice permit stabilirea diagnosticului.

Evoluția și prognosticul sînt aceleași ca și în formele de schizofrenie a adultului (→ SCHIZOFRENIE, evoluție și prognostic).

În privința tratamentului, dintre metodele biologice (→ SCHIZOFRENIE, terapii biologice), terapia electroconvulsivantă, utilă mai ales în forma catatonică, este mai rar folosită la copil (numai după vîrsta de 10—12 ani), iar insulinoterapia (cura Sakel) și-a restrîns considerabil indicația, atît datorită apariției medicației neuroleptice, cît și faptului că adolescenții acceptă foarte greu impedimentele estetice pe care le determină (excesul ponderal). Rămîne totuși de încercat în formele de schizofrenie cu evoluție continuă și tablou clinic pseudonevrotic.

La copil, terapia recuperatorie (ocupațională, comportamentală, prin joc, tehnicile psihopedagogice, psihoterapia individuală, de grup și a familiei etc.) are ca obiectiv comun reinserția școlară și sociofamilială a copilului și adolescentului schizofren. Ea vizează și implică direct instituțiile sanitare, școala, familia, comunitatea și societatea în general. Recuperarea copilului cu schizofrenie depinde atît de modul în care acesta este tratat, cît și de instituirea unor măsuri ce trebuie aplicate cu consecvență încă din prima zi de boală. Se va ține seama de: scurtarea la maximum a duratei spitalizării și a perioadei de inactivitate, evitarea internării în condiții de strictă izolare, relaționarea cu alți copii și desfășurarea unor activități, în funcție de aptitudini, preferințe și disponibilități.

Tratamentul profilactic, dat fiind un anumit determinism genetic, beneficiază, conform prevederilor legale, de întreruperea cursului unei alte sarcini, în cazul în care genitorii sînt afectați de anumite tare ereditare.

● SIMPTOMATOLOGIE SOMATICĂ. În schizofrenie, simptomatologia somatică este nespecifică, neputîndu-se demonstra, pînă în prezent, o legătură cauzală directă cu psihoza. După M. BLEULER, o parte dintre simptomele somatice sînt secundare comportamentului psihopatologic sau sînt fenomene negative care acompaniază tensiunea emoțională. La aceste două categorii se pot adăuga efectele secundare ale terapiei utilizate.

Unele tulburări somatice sînt strîns legate de alterarea vieții psihice; de exemplu: tulburările de alimentație și fenomenele de retenție hidrică sau azotată. Variațiile curbei ponderale (care poate prezenta oscilații apreciabile), au fost studiate îndeosebi și raportate la o leziune a sistemului nervos central. GUIRAUD le-a considerat manifestarea unui sindrom infundibulo-tuberian, iar GAUPP și MANZ (1926), apoi M. BLEULER (1941) au studiat obezitatea schizofrenilor în relațiile ei endocrine și biotipologice.

Metabolismul general este frecvent încetinit, mai ales în formele catatonice; s-a insistat în unele studii asupra unui grad de anoxemie cronică, fără o semnificație specifică legată de schizofrenie. Fatigabilitatea din perioadele inițiale ale bolii, care poate evolua pe parcurs spre inactivitate totală, a fost considerată cînd de origine hipofizară, cînd suprarenală, dar acest hipocorticism a fost contestat de unii autori (STEIN, RONZONI, GILDEA). Totuși, este de menționat legătura dintre expresia clinică a schizofreniei și etapele biologice marcate specific de activitatea gonadoendocrină (pubertate, gestație, lactație), precum și un oarecare grad de hiporeactivitate metabolică la diverși stimuli. Unii bolnavi nu prezintă însă nici urmă de oboseală, în ciuda desfășurării unei activități intense sau a efortului din stările de agitație psihomotorie.

Un simptom mai frecvent întîlnit în formele catatonice este acrocianoza, datorată unei vasoconstricții periferice. Pulsul poate prezenta oscilaţii apreciabile, iar tensiunea arterială este, de obicei, scăzută, chiar în stările de excitaţie psihomotorie. Unii autori au descris şi au demonstrat, cu ajutorul metodei pletismografice, o rigiditate vasculară evidenţiabilă prin scăderea indicelui oscilometric.

În schizofrenie, s-au descris numeroase tulburări trofice: pete pigmentare, infiltraţii pseudoflebitice, eriteme pelagroide. DIDE a descris pseudoedemul catatonic, care interesează în special faţa dorsală a picioarelor. Tulburările trofice sînt însoţite de tulburări vasomotorii cutanate: dermografism, hiperhidroză. Aproape la fel de frecvent se observă hipersecreţia sebacee, hipersalivaţia, hipersudoraţia. La femeile bolnave de schizofrenie s-a constatat adesea prezenţa amenoreei în formele acute ale bolii şi persistenţa ei în cazurile aflate sub tratament neuroleptic de întreţinere. Bolnavii schizofreni prezintă diverse forme de impotenţă sexuală. De patologia hepatobiliară în cazurile de schizofrenie s-a ocupat îndeosebi şcoala italiană (S. PLATANIA şi G. STEFANACCI), fără ca rezultatele să fie deosebit de concludente. Anterior, studiile autorilor germani au avut drept obiectiv principal geneza toxi-infecţioasă, în special intestinală, a schizofreniei. REITER făcuse afirmaţia că gastroenterocolita cronică este constantă la schizofreni, dar explorările radiologice sistematice, efectuate de SCHUBE, au arătat, în 71% din cazuri, un grad de stază intestinală, fără alte modificări caracteristice.

Un simptom frecvent, specific în exclusivitate stărilor catatonice îl constituie mericismul, a cărui funcţie simbolică erotico-masturbatorie a fost subliniată de SIVADON, BERTRAND şi BOUQUEREL.

O altă perturbare digestivă întîlnită în schizofrenie este insuficienţa hepatică. O. LANGJAERDE, într-un studiu bazat pe 12 000 de cazuri, a evidenţiat insuficienţa hepatică la 80% din schizofreni. De ea este legată şi scăderea funcţiei de dexotifiere, diminuarea mecanismelor alergice şi a celor de adaptare, în opinia lui SELYE. Obiectivarea paraclinică a funcţiei hepatice este necesară în condiţiile unui tratament neuroleptic de întreţinere.

În schizofrenie se descriu semne neurologice mai mult sau mai puţin importante şi constante. După KLEIST, GUIRAUD şi BUSCAINO, cele mai importante sînt cele cuprinse în comportamentul catatonic, deşi unele tulburări de gîndire şi limbaj se diferenţiază greu de agnozii, afazii sau de tulburările de schemă corporală.

O importantă observaţie este aceea legată de afectarea reflexelor pupilare: prezenţa semnului Bumke cu alterarea motilităţii irisului şi dispariţia reflexelor la stimuli dureroşi şi psihici. Studii întreprinse de PICKERT, FEINSTEIN, ABELY, IMBER au arătat că absenţa reflexelor senzorio- şi psihomotorii, anizocoria, hippusul, inegalitatea pupilară ar fi mai frecvente la schizofreni decît la subiecţii normali. Opiniile sînt controversate în privinţa fenomenului de rigiditate pupilară catatonică (WESTPHAL), a fenomenului irido-pupilar (E. MEYER), ca şi pentru nistagmusul spontan (ROSENFELD) sau absenţa nistagmusului normal provocat (ANGYAL, BLACKMAN, FREEMAN, RODVICK), precum şi pentru sensibilitatea corneeană. AUBRY şi BARUK (1920) au găsit modificări ale reflexelor vestibulare, iar HAENEL (1928) a observat modificări ale reflexelor rotuliene şi ahiliene. Tulburările de sensibilitate constau în algii şi cenestopatii dificil de interpretat şi nu rareori este prezentă o analgezie totală, premisă a actelor de automutilare.

KAHLBAUM, KRAEPELIN şi MARCHAND au descris manifestări clinice paroxistice: ictus epileptiform, isteriform, tetaniform, dar acestea sînt rare ca frecvenţă şi apar exclusiv la catatonici. Autori mai vechi au admis existenţa crizelor de epilepsie în perioadele de debut sau în finalul unor evoluţii prelungite. B. KIHN (1940) a admis chiar prezenţa indiscutabilă a crizelor de epilepsie în schizofrenie, avînd în vedere afinitatea clinică şi genotipică dintre demenţa precoce, amiotrofii, coree, maladia Friedrich. Exitusul survenit după stările de agitaţie psihomotorie extremă, cu fenomene de deshidratare, cel mai adesea, nu se poate explica în urma examenului autopsic, datorită nespecificităţii leziunilor (leziuni cerebrale nespecifice şi cele datorate deshidratării, infecţiei secundare).

● INVESTIGAŢII PSIHOLOGICE. Investigarea psihologică a bolnavului psihic are, pe de o parte, caracteristicile oricărei investigaţii psihologice; pe de altă parte, ea se înscrie într-un specific al bolii, încercînd să surprindă nu simptomatologia ca atare, ci personalitatea omului bolnav, modalităţile sale de relaţionare, de raportare la o situaţie dată şi de soluţionare a acesteia, deci funcţionarea sa psihică sub aspect cognitiv şi structural-dinamic. Orice probă psihologică urmăreşte evidenţierea unor manifestări psihice şi, pe cît posibil, a mecanismelor acestor manifestări. În examinarea psihologică în general şi în schizofrenie, în special, este importantă stabilirea unei relaţii examinator-examinat, relaţie comprehensivă și securizantă, în care examinatul să fie acceptat (și să se simtă astfel), să realizeze persoana examinatorului ca o persoană reală. Schizofrenul cooperează greu, nu dintr-o intenționalitate negativă conștientă, ci dintr-o dificultate de a se raporta la celălalt și la o situație, de a schimba mesaje în situație. În puseul acut, investigația psihologică (dealtfel, și alte investigații) este, în majoritatea cazurilor, imposibilă, datorită lipsei de cooperare. După remiterea manifestărilor acute, psihoticul schizofren se păstrează într-un registru de regresie, mentală și a întregii personalități, mai mult sau mai puțin accentuată, în funcție de intensitatea fazei acute. Evident, pacientul va fi investigat și cînd se află sub terapie medicamentoasă ; este însă necesară suprimarea acesteia cu 24 ore înainte de investigare, intrucît :

- neurolepticele, în doză mare, modifică reactivitatea globală a individului, dar mai ales reactivitatea specifică a funcțiilor psihice bazale, prosexice și mnezice ;
- neurolepticele amplifică dificultatea de relaționare sub aspectul spontaneității răspunsurilor în situație ; neurolepticele scad semnificativ tensiunea afectiv-motivațională a angajării într-o activitate dată;
- întreruperea medicației neuroleptice pe o durată foarte scurtă (24 ore), înaintea investigării psihologice, diminuează numai relativ intensitatea efectelor medicamentoase secundare ; faptul că aceste manifestări persistă se repercutează, în special, asupra nivelului funcțiilor psihice bazale (prosexice și mnezice) și asupra ritmului de lucru al pacientului ; medicamentele nu acționează însă la nivelul personalității, asupra mecanismelor psihodinamice, asupra instanțelor profunde și asupra fantasmaticii inconștiente.

Investigarea psihologică a schizofrenului este utilă, în special, în :

- cazurile de debut, ca adjuvant în diagnosticul diferențial, pentru a se preciza modul în care este afectată structura personalității, precum și gradul de afectare ;
- cazurile de remisiune, debutul stabilizării remisiunii, ca instrument în evaluarea cantitativă și calitativă a defectului psihotic, de precizare și apreciere a capacităților restante, în perspectiva reintegrării sociale a bolnavului (în activitatea anterioară bolii sau într-o terapie ocupațională, în regim instituționalizat, ambulatoriu sau într-o unitate de cronici) ;
- pentru evaluarea persoanei (personalității) în perspectiva unui tratament psihoterapeutic (cura analitică, psihoterapie de grup, psihoterapie analitică de grup etc.).

Investigarea psihologică nu vizează registrul manifestărilor evidente, ci registrul latent, acela în care manifestarea se articulează și din care își extrage conținuturile. Există o corelație între manifestarea psihologică, așa cum apare ea ca simptom în boală, și manifestarea într-o probă dată, așa cum apare ea ca modalitate a individului de a alege, de a soluționa, în ultimă instanță de a răspunde la o anumită situație-stimul. Atitudinea schizofrenului în ședința de investigare psihologică este o atitudine modificată, în funcție de intensitatea patologiei ; așadar, atitudinea schizofrenului stă sub semnul bolii sale, de la dificultatea intrării în relație, pînă la cooperarea minimă, de la apelul nonverbal la sprijinul examinatorului, pînă la comentariile, întreruperile, reluările și referințele personale, frizînd incoerența și plasînd pacientul în afara relației și a situației, chiar dacă, aparent, el are reacții emoționale ce ar pleda pentru implicarea lui în probă, în activitate, deci în situație. În ședința de investigare se vor observa atent comportamentul schizofrenului, modificările acestui comportament și, mai ales, măsura participării, acestea fiind o expresie a distorsiunilor generate de boală.

Investigarea inteligenței sau a capacităților operațional-logice se realizează cel mai frecvent prin bateria de inteligență Wechsler (WAIS). Se remarcă, la schizofreni, scoruri mai ridicate la itemii verbali, comparativ cu itemii de performanță, ca și faptul că inteligența în sine nu este perturbată, în schimb perturbarea atinge modalitatea de folosire a inteligenței. În rezolvările subiectului, apar contaminări, derivări, substituiri, soluții paradoxale, asociații bizare, definiri prin particularizări bizare (de exemplu, la proba de vocabular, la proba de comprehensiune sau de similitudini) ; toate aceste fenomene transformă itemii care se adresează inteligenței propriu-zise în secvențe/fragmente de probe proiective. Modificările în răspuns se datorează unor modificări în consemnul probei, operate de subiect fără ca el să aibă o intenționalitate în acest sens ; astfel, de exemplu, la proba de comprehensiune generală apar răspunsuri bizare, proba funcționînd ca și cea de asociație liberă cu stimul dat ; de asemenea, la proba de vocabular, definițiile pot fi elaborate paradoxal, marcate de neologisme și de erori bizare în conținut ; în acest fel, apare definirea expresiei „Fabrică de arme = Instituție de antrenament viitor, fără scop, unde se adună oameni de pază" (WECHSLER, 1946). Cuvîntul capătă, la schizofren, semnificații particulare ; sînt caracteristice vocabularului schizofrenului : perseverația, redundanța, incoerența în expresie (corespunzătoare incoerenței în ideație). Astfel, analiza rezultatelor obținute se transformă din analiză esențial cantitativă în analiză calitativă. Proba de inteligență Raven, care vizează capacitățile de analiză, sinteză, generalizare și abstractizare, este în general bine rezolvată de schizofrenii aflați la debut, deși se remarcă o creștere a timpului de rezolvare. Ca probă non-verbală de inteligență, Raven înregistrează rezolvări bune și chiar foarte bune, în măsura în care procesul psihotic nu este avansat ; figurile matriceale și consemnul nu se pretează la asociații verbale libere. Precizăm următoarele două aspecte :

- rezolvarea unei probe de inteligență de către schizofreni depinde de nivelul lor intelectual (capacitățile de sesizare, operare, organizare a relațiilor dintre elemente și dintre relații) anterior bolii și de nivelul lor de instruire ; în general, nivelul intelectual al bolnavilor schizofrenici este bun și foarte bun ;
- rezolvarea probelor de inteligență (și a oricăror altor probe) se modifică în funcție de intensitatea procesului morbid și de gravitatea defectului în urma procesului morbid ; cînd defectul este mai ales intelectual (și cînd este global), rezultatele la probele de inteligență (și la cele cognitive, în general) sînt marcate de anumiți indici de organicitate, care apar în stările psihopatoide ; deficitul cognitiv este, în aceste cazuri, semnificativ și echivalează cu un deficit analog celui din deteriorarea mintală organică.

Investigarea personalității se realizează fie prin marile chestionare de personalitate, cum ar fi chestionarul Minnesota (MMPI), fie prin probele proiective (Rorschach, Szondi, TAT, testul arborelui, testul persoanei). Probele proiective sînt preferabile chestionarelor. La testul Rorschach apar următoarele caracteristici specifice schizofreniei :

- alternanță a formelor foarte bune cu forme foarte proaste, păstrarea nivelului intelectual cu distorsiune în maniera de utilizare a intelectului și în modalitatea perceptuală ;
- abstractizarea formei, cu simbolizarea conținutului în aprehensiune ;
- fabulații pornind de la detalii perceptuale minore, cu extrapolare a conținutului asupra ansamblului planșei ;
- fenomene de contaminare, ce pot merge de la contaminările „complexuale“ de tip nevrotic pînă la marile contaminări de conținuturi, cu imprecizie formală gravă (crearea unor forme noi, discordante cu stimulul, într-un registru tematic bizar) ;
- kinestezii marcînd interiorizarea profundă, însoțită de comentarii tip „referințe personale“, cu reactualizarea unor episoade existențiale vechi ;
- perseverații și stereotipii marcate, în special în defectul psihotic grav ;
- protocolul (discursul proiectiv), în ansamblul său, are un aspect global insolit, straniu, dereist.

Redăm tabloul semnelor psihopatologice specifice schizofreniei în testul Rorschach (D. ANZIEU, 1973) :

- după testul Rorschach : G contaminate, răspunsuri Po (poziție), răspunsuri Cn (denumire de culoare), frecvență crescută a F- (formelor negative), refuz al interpretării (blocaj psihotic) ;
- după alți autori :
  - G sincretice, G-, DG, tip de aprehensiune *GD Dd* ;
  - succesiune dezordonată ;
  - tip de rezonanță intimă coartat sau coartativ (răspunsuri CF și EF în perioada de debut a maladiei) ;
  - răspunsuri cu determinant combinat și negativ, de tipul KC- ;
  - A % crescut ; Ad superior lui A ; Hd superior lui H ;
  - perseverații ;
  - răspunsuri-abstracție ; răspunsuri-număr ; răspunsuri-literă, cifră, figură geometrică ;
  - conținuturi bizare sau oribile, terifiante ;
  - răspunsuri-foetus, naștere, destrucție, descompunere ;
  - răspunsuri originare negative (Orig.-) ;
  - răspunsuri perspectivă (percepție „îndepărtată“, cu asociații bizare, estompaj de perspectivă, fenomenul fiziune-figură-fond) ;
  - referințe personale, derivînd dintr-o elaborare a ansamblului sau a unor detalii și degenerînd în fragmente autobiografice marcate de incoerență ;
  - diminuarea semnificativă a conștiinței interpretative.

După Françoise MINKOWSKA, discursul Rorschach al schizofrenului este impregnat de un vocabular rațional (opus vocabularului senzorial), abstract, devitalizat, în care predomină conținuturi și forme rupte, izolate, disociate, substantive abstracte, verbe și prepoziții, într-o expresie a rupturii, a prăbușirii ; modalitatea de abordare a situației este ea însăși abstractă, disociată, impersonală, detașată.

TAT-ul în schizofrenie are următoarele semne caracteristice :

- extravaganța temelor (de exemplu, teme homosexuale, teme bizare) ;
- simbolismul în interpretarea unor detalii (de exemplu, o linie este interpretată ca limita de separare între viață și moarte, între spirit și corp etc.) ;
- izolarea personajului de ambianță pînă la izolarea de lume (de exemplu, personajul central este perceput și interpretat ca un personaj rupt dintr-un context relațional și îndeplinind un travaliu abstract) ;
- povestiri generale, cu conținuturi vagi, întîmplătoare, fuzionînd într-un discurs paradoxal și incoerent ;
- bizarerii de limbaj, în reacția globală la probă și în relația cu examinatorul ;
- alterare a funcțiunii paradigmatice a limbajului în construcția tematică, datorită alterării de percepție, ceea ce schimbă semnificațiile figurii (scenei) reale cu alte semnificații proiectate ;
- alterare în esență a funcțiunii sintagmatice a limbajului, pornind de la paradigme bizare (alegeri tematice și de conținut bizare), ce se desfășoară asociativ într-o „catastrofă a verbului" (studiile de semanaliză) ;
- raționalizări, atașamente la detalii, construcții epice pe detalii, simbolism accentuat (eșec al sublimării) cu regresiune evidentă, refuz camuflînd o reacție de catastrofă, fantezii non-structurate, cu percepții bizare de obiecte distruse, deteriorate, într-o alterare mai mult sau mai puțin importantă a expresiei globale ;
- în schizofrenia paranoidă pot apărea teme de persecuție.

Testul Szondi oferă, conform concepției autorului, cîteva sindroame patologice caracteristice :

- sindromul disociației sau al schizofreniei paranoide, cu următoarele reacții specifice :

S : + (! !) —
P : 0 —
Sch : 0 —
G : 0 —

Interpretarea acestor reacții este următoarea :

S : +(! !)— semnifică o constituție sexuală psihologic feminină, cu inversiune inconștientă a scopului sexual ;

P : 0— semnifică teamă proiectată (suspiciune, senzitivitate, anxietate, legate de imaginea proprie în ochii celorlalți, de ceea ce alții vor spune, ar putea spune sau chiar spun despre subiect) ;

Sch : 0— semnifică regresie a Eului adualic, lipsa granițelor între Eu și lume ; Eul magic, mistic, arhaic, dominat de mecanismul proiecției ;

C : 0— semnifică detașarea de lume, solitudinea, pierderea sentimentului intim al valorii lucrurilor, autismul.

TABEL CXLVII

Variante ale sindromului disociației :

Sindrom clasic		*Variante*						
S	h = +	±	+	+	+	+	+	+
	s = —	—	±	—	—	—	—!	—
P	e = 0	+	+	+	+	+	+	+
	hy = —	—	—	±	—	—	—	—
Sch	k = 0	0	0	0	+	+	0	0
	p = 0	—	±	—	—	—	0	—
C	d = 0	0	0	0	0	+	0	±
	m = —	—	—	—	—	—	—	±

- sindromul „catatonic", cu următoarele reacții specifice :

S = + ! + !
P = — 0
(0 —)
Sch = — 0
C = — —

Interpretarea acestor reacții este următoarea:

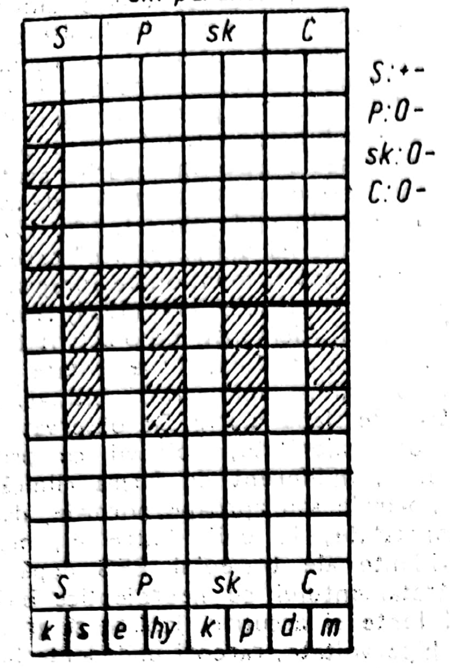
S : + ! + ! semnifică sexualitate și agresivitate acumulată ;

P : — 0
(0 —) semnifică acumularea afectelor negative, cu exhibarea atitudinii negativiste (delirul senzitiv al lui Kretschmer) ;

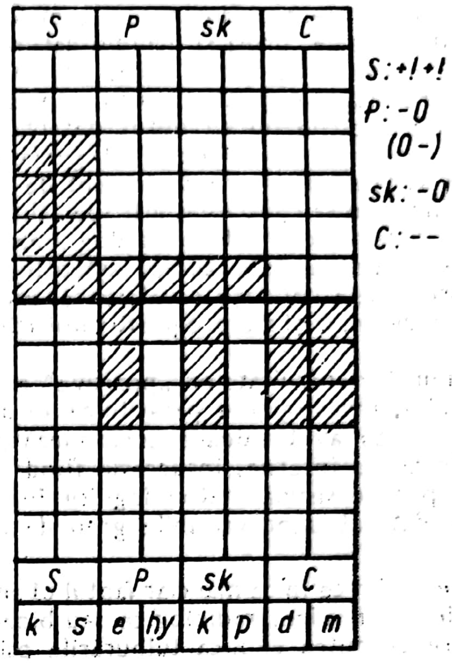
Sch : — 0 semnifică refularea, negația ;

C : — — semnifică ruperea contactului cu lumea.

Sindromul disociatiei, sk. paranoida



Sindromul catatonic



Testul arborelui (KOCH) oferă următoarele semne specifice schizofreniei :

- semne de degenerescență, cînd tabloul psihopatologic psihotic este avansat și apar note de organicitate ;
- semne de sciziune (trăsături contrarii și inversate, în desen) ;
- antropomorfizări (o parte a arborelui este transformată în grimasă umană sau în element corporal dezarticulat în ansamblul desenului ; aceste semne pot reprezenta fie o regresie la antropomorfizarea infantilă, fie o modificare a propriei personalități la nivelul schemei corporale). Impresia globală pe care o degajă desenul, în schizofrenie, poate fi : difuză, haotică, obscură, dezordonată, rece, inflexibilă, abstractă sau simbolică.

Testul persoanei (MACHOVER, Human Figure Drawing — HFD) se pretează unei analize formale (mărimea desenului, amplasarea pe foaie, finalizarea, precizia trăsăturilor, simetria, proporțiile, perspectiva) și unei analize de conținut (tema, atitudinea personajelor, proporția părților corpului, expresia facială, posturală, accesoriile). Semnificațiile în schizofrenie sint :

- forme rotunde : narcisism, sumisiune ;
- forme angulare : agresivitate, masculinitate, opoziție ;
- omisiuni și deghizări, inversare a sexului personajului desenat, în raport cu sexul subiectului ; mutilare a personajului desenat (perturbări la nivelul identificării profunde).

În toate probele proiective tip desen (hirtie-creion) se interpretează : plasarea desenului in pagină (zonele cimpului grafic, după PULVER, simbolica spațială, după GRÜNWALD-KOCH), aspectul formal în desen și aspectele de conținut ; în schizofrenie apar : deplasări semnificative ale paginării (spre stinga-jos), deformări semnificative ale trăsăturilor și liniilor (disproporții), modificări de conținut, în majoritatea lor de tipul abstractizării, simbolizării, contaminării.

Inventarul de personalitate Minnesota (MMPI) conține o scală (scala 8) a schizofreniei, cu 78 de întrebări foarte variate, vizînd simptome din schizofrenia paranoidă, hebefrenie, demență precoce. Scala nu este deosebit de sensibilă : ea diagnostichează schizofrenia la aproximativ 60% din cazuri, scoruri ridicate putînd fi obținute și de personalități puternic introverte, de structurile nevrotice vechi. Personalitățile schizoide pot obține o notă normală la scala 8, în schimb au note ridicate la alte scale. Se recomandă atenție la interpretarea chestionarului Minnesota, mai ales datorită faptului că nu există (decît prin anchetă ulterioară) o modalitate obiectivă de verificare a autenticității răspunsurilor în funcție de înțelegerea întrebării.

● INVESTIGAŢII PARACLINICE. În ultimele şase decenii s-au depus eforturi susţinute din partea unor clinicieni psihiatri, biochimişti, endocrinologi, pentru dozarea a „tot ce se poate" din sîngele, urina şi lichidul cefalorahidian al bolnavilor de schizofrenie, fără ca speranţa de reuşită să le poată fi, pînă în prezent, răsplătită : dozările nu au putut detecta nici o anomalie responsabilă de etiopatogenia bolii sau care să poată sluji drept element de diagnostic. Simultan sau succesiv, alţi specialişti au cercetat sistematic electroencefalogramele şi pneumoencefalografiile gazoase, aşteptîndu-se să găsească unele corelaţii revelatoare, nu numai ale cauzelor, ci şi ale prognosticului schizofreniei.

Deşi numărul rezultatelor „pozitive" a fost considerabil, investigaţiile paraclinice în schizofrenie nu au avut valoare corespunzătoare celor din bolile interne, insuccesul fiind deocamdată pus pe seama metodologiilor inadecvate sau datorat unor variabile greu de controlat.

A devenit din ce în ce mai clar faptul că anormalităţile biochimice, radiologice sau bioelectrice care ar putea explica tulburările psihocomportamentale din schizofrenie sînt localizate la nivelul creierului, într-o anumită regiune a sa, dar posibilitatea ca aceasta să se reflecte în analizele de sînge sau de urină, pe electroencefalogramă (EEG) sau pneumoencefalogramă (PEG), nu poate fi deocamdată decît parţial prezumată (sau ca în, de exemplu, aciduria argininsuccinică generatoare de oligofrenie şi asociată cu concentraţii crescute de acid argininsuccinic în LCR şi urină, în mai mică măsură în sînge — S. ARIETI).

Eşecurile cu care s-au soldat toate aceste încercări de a găsi unele indicii pe plan paraclinic şi de laborator în diagnosticul şi, implicit, etiopatogenia şi tratamentul schizofreniei au condus, în final, la concluzia că ele au numai valoare eliminatorie în cazul unor afecţiuni organice cerebrale care pot genera sindroame schizofreniforme (LANGFELDT). Investigaţiile paraclinice şi examenele uzuale de laborator sînt, cel puţin în stadiul actual, neconcludente, tehnicile de histoneurochimie şi cercetările în domeniul biochimiei neuromediatorilor reprezentînd eşantionul la care se raportează investigaţiile moderne.

— **Semnele electroencefalografice** în psihozele schizofrenice au fost sistematic studiate, investigarea lor fiind îmbogăţită datorită dezvoltării mijloacelor tehnice. Multitudinea datelor obţinute prin aceste studii au fost restrînse la cîteva puncte de vedere, nici un eveniment ştiinţific neputînd oferi o variantă cu valoare de certitudine în ceea ce priveşte specificitatea traseelor EEG în schizofrenie. Anomalii ca ritmul „choppy", „sharp waves", complexe vîrf-undă, ritmuri rapide, trasee „imature" reprezintă numai particularizări lipsite de specificitate ; consensul autorilor se reduce la prezenţa unor tulburări minore (rezistenţa ritmului alfa la blocarea prin lumină şi la dezorganizarea prin hiperpnee). Interesant de semnalat sînt traseele EEG în cazurile acute de schizofrenie, avînd un aspect izbitor de asemănător cu cele din epilepsie (H. EY, 1978) şi sugerînd posibile leziuni „organice" cerebrale. De asemenea, pot fi menţionate înregistrările pe care le-a realizat HEARTH (1954) la nivelul hipotalamusului, demonstrînd o activitate bioelectrică slabă a acestuia, o reactivitate puternică la adrenalina administrată intravenos şi o reactivitate slabă la frig. S-a observat că în marea lor majoritate, bolnavii cu psihoze discordante, indiferent de forma clinică, au trasee normale sau aproape normale, dar au fost constatate, la unii dintre ei, modificări evidente ale traseului EEG după aplicarea tratamentului cu neuroleptice incisive (vîrfuri lente şi ascuţite, izolate şi grupate, uneori hipervoltate, rareori unde lente hipervoltate în banda delta-teta polimorf). Concluziile cercetărilor româneşti şi internaţionale, se îndreaptă spre rezultate de bun augur în privinţa efectului terapeutic şi, implicit al prognosticului bolii. BOURGEROI, HUBER şi alţii (1984) apreciază că în schizofrenie traseele EEG sînt anormale în proporţie de 8—27,5%. Într-o sinteză realizată în 1986, D. CONSTANTIN, I. ROMAN, S. NEAGU-SADOVEANU au trecut în revistă cîteva aspecte ale EEG în schizofrenie, remarcînd următoarele :

- ritmul choppy este o activitate bioelectrică hipovoltată, dezorganizată, cu frecvenţe rapide de 25—50 c/s, supraîncărcată de activitatea teta de mică amplitudine. Poate fi distribuit difuz sau numai în regiunile anterioare ale creierului. Astăzi, ritmul choppy este considerat de majoritatea autorilor ca expresie a unor dezordini afectiv-emoţionale (anxietate, nelinişte, agitaţie psihomotorie), stări întîlnite într-un grup mai larg de boli psihice, nu numai în schizofrenie, ci şi în cerebrastenia posttraumatică, agitaţia maniacală etc. ;
- descărcările paroxistice de tip comiţial, neînsoţite de crize clinice — evidenţiate de DAVIS, GIBBS şi JASPER — constau din vîrfuri „sharp waves", complexe vîrf-undă rapide de 6 c/s, atipice, distribuite în derivaţiile postcentrale, care nu sînt influenţate de hiperpnee. S-au descris, de

asemenea, disritmii lente — **teta și delta** difuze — în primele pusee ale stuporului catatonic. Alterări paroxistice au fost observate în catatonie, schizofrenia hebefreno-catatonică, schizofrenia grefată pe un fond encefalopat. Se apreciază că aceste anomalii sînt prezente la 25% din bolnavii cu schizofrenie (HILL, 1957). Tratamentul anticomițial nu influențează anomaliile paroxistice din schizofrenie. Ele pot apărea spontan după șocul insulinic sau după cel electric, după administrarea de neuroleptice sau la activările de rutină. Sînt foarte rare epilepsiile asociate cu schizofrenia, caz în care, dincolo de alterările paroxistice generalizate sau focalizate, bolnavul va prezenta convulsii. Acestea sînt cazuri dificil de tratat, avîndu-se în vedere tendința medicației neurotrope de a facilita descărcările paroxistice. Se impune deci o protecție chimică adecvată. La bolnavii cu traseu alterat de tip comițial, anterior bolii, se observă fenomenul de normalizare forțată a EEG în timpul episodului psihotic. După trecerea episodului psihotic, traseul revine la aspectul inițial, reapărînd anomaliile paroxistice ;

- pragul fotomioclonic și fotoconvulsivant la administrarea de Cardiazol este scăzut în schizofrenia catatonică ;
- Margaret KENNARD și SCHWARTZMAN (1955, 1956 și 1957) au realizat histograme regionale cu analizatorul de frecvență la bolnavii cu schizofrenie, comparîndu-le cu cele ale subiecților considerați normali, la care se obțin curbe omogene. La cei cu schizofrenie s-a constatat o mare anarhie și variabilitate în distribuția temporo-spațială a ritmurilor alfa, beta și teta ;
- o parte dintre bolnavii cu schizofrenie de formă hebefreno-catatonică au traseu normal, dar cu ritm alfa areactiv la stimularea luminoasă, la medicația neuroleptică și la electroșoc ;
- efectuarea seriată a EEG, pe parcursul a 3—4 săptămîni, arată aspecte variabile ale traseului, în funcție de fazele evolutive ale bolii. Remisiunea episodului conduce la remisiunea traseului. Variația contingentă negativă prezintă o undă de așteptare mai amplă în fazele acute de debut ;
- potențialele transcefalice sînt mai prelungite și mai ample în schizofrenia cu halucinații și la bolnavii catatonici.

— **Pneumoencefalografia gazoasă** (în special cea fracționată și dirijată), care a fost studiată în relație cu înregistrările EEG, putîndu-se stabili o importantă concordanță în cadrul cazurilor cronice între defectul apato-abulic, areactivitatea bioelectrică la diverși stimuli și, în 50% din cazuri, între acestea și modificările ventriculare (V. PREDESCU și colab., 1964). Acestea din urmă constau în dilatarea porțiunii anterioare (frontale) a ventriculului lateral, mai ales a ventriculului al III-lea, într-un grad mai redus pentru spațiile subarahnoidiene, reprezentînd diferitele grade de atrofie subcorticală și corticală (corespunzătoare gravității defectului energetic apato-abulic). Aspectele similare întîlnite și în alte afecțiuni cerebrale cronice (epilepsie, parkinsonism etc.) pun sub semnul întrebării orice posibilă afirmare a specificității imaginii radiologice. Ipoteza unei „specificități" pentru delimitarea formei „cenestezice" (HUBER) este incertă, lărgirile accentuate ale ventriculului al III-lea neputînd justifica o diferențiere nosologică de asemenea finețe. MANCEAU și colab. (citați de PREDESCU, 1976) au evidențiat o deosebire mai netă între formele clinice, în sensul că în formele catatonice se observă o dilatare a ventriculului al III-lea sau a întregului ansamblu al regiunii frontale, în timp ce formele paranoide dau o pneumatizare anormală a regiunii frontale ; formele simple nu prezintă o imagine pneumoencefalografică specifică. Anomaliile pneumoencefalografice cele mai frecvente (BORENSTEIN și METZGER) sînt atrofia corticală, localizată la nivelul lobilor frontali și parietali, și dilatarea ventriculului al III-lea și a coarnelor temporale.

— **Constantele biologice** studiate în cazurile de schizofrenie nu au înregistrat modificări patognomonice, la sînge sau la LCR, variațiile înregistrate remarcîndu-se prin „o mare dispersie a datelor metabolice" (PREDESCU, 1976) și demonstrînd, de fapt, hiporeactivitatea metabolică la diverși stimuli. Modificările tabloului hematologic (leucocitoză, eozinopenie etc.), formarea defectuoasă a hematiilor (GJESSING și HAHN, 1936), modificări ale probelor hepatice (valori sugerînd insuficiența hepatică), tulburările metabolismului apei și ale balanței azotate—toate acestea reprezintă, de fapt, răsunetul biochimic, metabolic, nespecific, pe care schizofrenia îl are asupra organismului. Alterările funcției hepatice, exprimate prin testele de disproteinemie, electroforeză etc., sînt de menționat mai degrabă în legătură cu lunga durată a tratamentului de întreținere cu neuroleptice, trebuind să se afle în atenția medicului clinician, în special de la nivelul LSM-urilor, în cadrul activității de dispensarizare a cazurilor cronice de schizofrenie.

Variaţiile fazice ale balanţei de azot (menţionate de GJESSING în 1947) au putut fi interpretate numai în cazuri extrem de rare (2% din totalul cazurilor de schizofrenie) de „catatonie periodică", cînd fazele de stupor sau agitaţie erau însoţite de retenţie azotată şi excreţie compensatorie în intervalul liber.

Hiperglicemia şi răspunsul lent la proba hiperglicemiei provocate, din unele cazuri, au fost puse pe seama perturbării centrilor diencefalo-hipofizari, dar nu pot fi considerate ca investigaţii specifice. Dozări mai nuanţate, ca cea a histaminei în sînge, au suscitat interesul unor cercetători (LOVETT-DOUST, STERN, 1956—1957 ; PFEIFFER, 1969), care au comunicat valori crescute la unii bolnavi, dar normale la alţii, luînd în considerare observaţiile lui LUCY (1954) asupra toleranţei crescute a schizofrenilor la administrarea intramusculară sau intravenoasă a histaminei.

Examenul urinei nu mai prezină interes în ceea ce priveşte găsirea unor modificări notabile („pata roz", „pata mov" au constituit subiect de discuţie numai pentru cîteva luni), deşi există şi unele observaţii interesante, ca acelea făcute de BRUNE şi HIMWICH (1962), care indică existenţa unei concentraţii crescute de triptamină în urina schizofrenilor, în timp ce metamfetamina este normală. În 1970, HIMWICH ş.a. au detectat dimetiltriptamina în urina acestor bolnavi.

Dozările efectuate la nivelul LCR nu s-au soldat nici ele cu rezultate concludente, clinicienii şi cercetătorii ajungînd la concluzia că nu constituie un indicator fidel al modificărilor metabolice ce se petrec în SNC. În schizofrenie LCR are o componenţă celulară şi chimică normală, numai rareori înregistrîndu-se creşteri ale albuminorahiei şi deviaţia la stînga a curbei din reacţia coloidală, în mod excepţional, creşterea numărului de celule.

— **Cercetările anatomopatologice** asupra sistemului nervos central în schizofrenie nu au evidenţiat, pînă în prezent, existenţa unei leziuni morfopatologice specifice, care să poată constitui baza unei explicaţii etiopatogenice a bolii.

Din punct de vedere macroscopic, pe baza studiilor comparative ce au luat în considerare un număr mare de cazuri de control, unii autori (SCHARPFF, WILDI, TATETSU) au ajuns la concluzia existenţei cîtorva caracteristici : o anumită greutate medie sau ceva mai mare pentru creierul de schizofren, diminuarea volumului ventriculului lateral, aspectul hipoplazic al arterelor cerebrale bazale şi frecvenţa rară a proceselor de arterioscleroză şi hialinoză cerebrală. Aspectele de atrofie corticală şi de dilatare a ventriculului III, evidenţiate în urma unor investigaţii neuroradiologice (LHERMITTE-KLIPPEL, HUBER, HAGY), nu au fost confirmate de investigaţiile anatomo-patologice, ele fiind prezente numai în schizofreniile „simptomatice" (pseudoschizofrenii). În acestea din urmă, simptomatologia de tip schizofren poate avea ca substrat morfopatologic procese tumorale, leziuni cerebrale degenerative, sistematizate sau nesistematizate, leziuni infecţioase, traumatice, toxice sau datorate tulburărilor circulatorii, care lipsesc în schizofrenia adevărată, de „nucleu".

De fapt, anatomia patologică a schizofreniei se confundă cu histopatologia ei. Încă din 1921, BUSCAINO, apoi KLIPPEL, urmat de JOSEPHY (1923) şi FUNFGELD au descris, la această afecţiune, leziuni de tip „neuroepitelial". Ele constau în dispariţii neuronale difuze sau în focare, afectînd îndeosebi straturile 3, 5 şi 6 ale scoarţei cerebrale sau zona mediodorsală a nucleului talamic, în infiltrarea grasă şi scleroza celulelor nervoase corticale, fără a fi însoţite de o reacţie glială.

Încercarea de a acredita, pentru aceste leziuni, o localizare electivă în regiunea prefrontală, girusul cinguli, talamus şi regiunea hipotalamică a eşuat (C. şi O. VOGT, HOPF, BAUMER). Dealtfel, leziunile descrise nu au un caracter specific pentru schizofrenie, întrucît au putut fi decelate şi la victimele de război, la cei decedaţi ca urmare a unor boli acute, fără a avea antecedente psihice, sau ca modificări terminale neuronale. Alte studii au evidenţiat leziuni cerebrale mai frecvente în cortexul cerebral şi în talamus. Astfel, TSIVILKO, TREFF şi HEMPEL au descris neuroni hipercromici atrofici, alternînd cu neuroni palizi, vacuolizaţi. PALMA şi SOTELO au observat alterări neurofibrilare manifestate prin pseudohipertrofie sau hiperargirofilie, iar SCHARENBERG şi BROWN au demonstrat o hipertrofie axonală în creierul catatonicilor.

De un mare interes în cercetările neuroaxonale care au folosit tehnici de impregnare argentică sînt cele iniţiate de ZURABASHVILI şi continuate de TATETSU. Primul a folosit fragmente bioptice provenind din aria 8 corticală, prelevate după lobotomii, şi a constatat că, în schizofrenie, fibrele nervoase erau mai argirofile decît la subiecţii normali. Cu tehnici mai avansate, TATETSU a demonstrat că unele celule ale cortexului au dendrite apicale anormal de groase şi hiperargirofile, citoplasma şi nucleii sînt mai voluminoşi, iar spaţiile pericelulare sînt absente sau înguste. Aceste modificări au fost observate în toate structurile corticale, predominant în al treilea şi al cincilea strat. Fibrele neuroaxonale hiperargirofile şi groase au puţine ramificaţii, par rigide, avînd o dispoziţie neregulată şi, rareori, un aspect sinuos. Ele au fost observate în toate straturile corticale ale diferitelor arii, predominant în ariile 3, 4, 5, 6 ale scoarţei. Aceste modificări s-au evidenţiat atît în cortexul cerebral, cît şi în substanţa albă subcorticală, indiferent de forma clinică a schizofreniei. Ele au fost considerate ca reacţii de hipertrofie celulară şi axonală, legate probabil de procese metabolice crescute.

E. WILDI şi colab. au studiat influenţa procesului de involuţie asupra creierului bolnavilor de schizofrenie şi au observat o rezistenţă crescută a ţesutului nervos la formarea plăcilor senile şi a neuronilor din izocortexul lobului frontal faţă de procesul de degenerare neurofibrilară Alzheimer. Arterele cerebrale în cazurile de schizofrenie au o rezistenţă crescută faţă de procesele de arterioscleroză, hialinoză şi angiopatie senilă.

În schizofrenia necomplicată cu alte boli, integritatea structurală a ţesutului nervos se menţine atît în cazurile cu evoluţie îndelungată, cît şi în cele cu defect. Întrucît, pînă în prezent, nu s-a demonstrat existenţa unui tablou morfopatologic specific în schizofrenie, se poate deduce că procesele metabolice proprii organismului bolnavului ar tulbura mecanismele funcţionale ale creierului, responsabile de manifestările psihopatologice ale bolii.

PETERS, HEALTH şi colab., TELLER şi DENBER au invocat, în explicarea tulburărilor funcţionale cerebrale din schizofrenie, o activitate sinaptică anormal determinată metabolic sau un defect de structură moleculară a membranelor sinaptice. Acest defect sinaptic ar putea fi remisibil, explicînd, în acest fel, remisiunile.

Recentele observaţii de microscopie electronică efectuate de T. MYAKAIVA şi colab. confirmă cercetările precedente, pledînd pentru o deficienţă de transmitere sinaptică, cu determinism metabolic, prin evidenţierea unor mase granulare voluminoase în jurul axonului şi în teaca de mielină, precum şi a unor modificări sinaptice.

Cercetările în acest domeniu continuă, deşi tratamentele aplicate, bolile supraadăugate, modificările metabolice secundare schizofreniei sînt numai cîteva dintre posibilele cauze de eroare.

111. SCHIZOFRENIE — diagnostic pozitiv

- Deşi schizofrenia ca entitate clinică este circumscrisă strict psihopatologic (toate celelalte elemente fiind la ora actuală ipotetice), nu se poate vorbi despre semne care să conducă direct către diagnostic, să fie patognomonice. Mai mult, chiar în prezenţa unui tablou clinic „tipic“, criteriul evolutiv este hotărîtor, mai ales în perioada de debut. Diagnosticul de schizofrenie nu se poate face în întregime pe baza observaţiei şi a măsurătorilor psihometrice obiective, şi nici a unor demersuri logice. O înţelegere clinică cuprinzătoare şi profundă stă la baza diagnosticului fiecărui bolnav în parte.

Evaluarea clinică trebuie să ţină cont de prezenţa sau absenţa unor simptome cheie, de personalitatea prepsihotică a pacientului, de datele examenului somatic (care au rol de excludere), de istoricul genetic familial, de datele socio-culturale.

În opinia lui J. KENDELL, „diagnosticul este denumirea unei configuraţii de semne, simptome şi comportamente raportate la experienţa psihiatrului, la interacţiunea lui cu pacientul, cu realitatea generală, cu realitatea sa personală, la cunoştinţele teoretice pe care acesta le are“. Această aserţiune este cu atît mai valabilă cu cît, în cazul schizofreniei, au fost constatate (cu ocazia diferitelor studii comparative) diferenţe dintre cele mai neaşteptate.

Psihiatrii americani consideră, pe o listă de zece simptome principale ale schizofreniei, halucinaţiile pe locul cinci şi delirul pe locul doi, dar psihiatrii britanici nu clasează halucinaţiile în primele zece semne, iar delirul este pus pe al optulea loc.

Halucinaţiile pot reprezenta o cheie diagnostică, dar ele nu conduc la diagnostic decît dacă sînt corelate cu unele caracteristici, cum ar fi: modalitatea de apariţie, durata, conţinutul. A pune diagnosticul de schizofrenie doar pe baza prezenţei halucinaţiilor este la fel de hazardat ca şi stabilirea diagnosticului de febră tifoidă doar pe baza unei hipertermii prelungite. Halucinaţiile şi delirurile se întîlnesc într-o serie de afecţiuni non-schizofrenice: stări paranoide, psihoze reactive scurte, stări secundare isterice, circumstanţe toxice, boli mintale de origine organică.

Sentimentul de influenţă, cu halucinaţii somatice cenestezice sau auditive stranii, continue, pseudohalucinaţiile auditive, cu voci care aparţin unor forţe supranaturale, pot fi încadrate în categoria celor cu specificitate pentru schizofrenie.

Ideile delirante nu sînt semnificative pentru schizofrenie decît dacă au conţinut straniu, magic, esoteric, bizar. După B. SARRO (1981), ideile delirante din schizofrenie se înscriu în următorul tablou:

- tematica delirurilor este uniformă, iar clasificarea lor tematică relativ restrînsă;
- priu analiză fenomenologică se poate demonstra că tematica delirantă este autonomă; cu toate că biografiile bol-

navilor sînt diferite de la individ la individ, temele delirante schizofrenice sînt aceleași, fiind uniforme atît din punct de vedere sincronic, cît și diacronic ;

- există în fiecare delir endogen o ruptură biografică, fără coincidență cu datele de caracter și temperament, cu conflictele anterioare ale individului, care nu au rol modelator, patoplastic în patogenia delirului ;
- este posibil să se construiască un ansamblu de unități tematice delirante (al căror număr variază în jurul cifrei de 40), care permit stabilirea unei lumi delirante, constituind un univers închis ;
- analiza tematică a acestor unități permite stabilirea unei esențe mitico-religioase, implicînd principalele categorii fenomenologice ale religiei : escatologice, ezoterologice, cosmologice, cosmogonice, panvitaliste, tematica persecutorie și magică ;
- tematica delirantă are o tendință totalizatoare sau de înglobare, reinterpretînd realitatea ;
- tematica delirantă endogenă exprimă dorințe absolut irealizabile din punct de vedere uman, dar nu și magico-mitic ;
- în constituirea delirului, există o componentă productivă — cîmpul mitic — și o componentă deficitară, istoricitatea.

Distorsiuni perceptuale ale temporalității sau ale formelor obiectelor în spațiu conduc la diagnosticul de schizofrenie, dacă persistă mai multe zile. Depersonalizarea, derealizarea, desomatizarea, tranzitivismul trebuie să respecte și ele criteriul de durată pentru o semnificanță diagnostică.

Tocirea afectivă și a capacității de răspuns emoțional, paratimia sînt elemente cu pondere majoră în stabilirea diagnosticului. Evaluarea tocirii afective, ca și aprecierea ca inadecvate a unor reacții emoționale, în cazul adolescentului, pun probleme dificile de încadrare în categoria semnelor definitorii. Imposibilitatea de a realiza o comunicare afectivă de tip empatic cu pacientul este considerată un criteriu important în stabilirea diagnosticului. Peste jumătate din psihiatrii europeni folosesc acest criteriu în stabilirea diagnosticului (H. LEHMANN, R. CANCRO, 1985).

Slăbirea asociațiilor a fost considerată încă de E. BLEULER ca o tulburare psihopatologică de cea mai mare semnificație pentru diagnosticul de schizofrenie. Totuși, diferențierea acesteia de alte tulburări de gîndire, ca fuga de idei, dezintegrarea proceselor de gîndire, determinată de tulburările clarității conștiinței, tulburările de judecată și raționament, determinate de oboseală etc., este necesară și presupune stăpînirea unor cunoștințe psihopatologice temeinice, care să permită operarea de diferențieri.

Catalepsia, deși are mare valoare diagnostică în schizofrenie, este un element comportamental rar. Mai mult, stuporul este caracteristic pentru catatonia schizofrenică, dar poate fi greu diferențiat de isterie sau stuporul depresiv. Pasivitatea, apatia și scăderea spontaneității sugerează diagnosticul de schizofrenie numai în absența unor boli organice și a unei boli afective.

Stereotipiile și verbigerațiile, deși au o pronunțată valoare diagnostică, nu se observă decît în fazele avansate ale bolii și prezintă o frecvență redusă, în condițiile terapeutice actuale.

TABEL CXLVIII

Frecvența simptomelor pe un eșantion aleator
(după N. SARTORIUS, R. SHAPIRO, ș.a.)

Simptomul	*Frecvența*
Pierderea sentimentului de interioritate (lack of insight)	97%
Halucinații auditive	74%
Halucinații verbale	70%
Idei de referință	70%
Suspiciozitate	66%
Tocire afectivă	66%
Halucinații comentatorii	65%
Dispoziție delirantă	64%
Delir de persecuție	64%
Înstrăinarea gîndirii	52%

Personalitatea prepsihotică trebuie să fie luată în considerație în stabilirea diagnosticului pozitiv, într-un sfert din cazuri fiind vorba de o personalitate cu nete trăsături schizoide : liniștiți, introverți, cu un număr mic de prieteni, cu tendință spre reverie, apărută din copilărie (copii considerați prin excelență „copii buni“) și continuînd în adolescență și la vîrsta adultă.

Diagnosticul de schizofrenie nu se poate pune în prezența unei personalități fără trăsături schizoide și a unei simptomatologii care pare să fie determinată reactiv, dacă aceasta are numai unele caracteristici tipice. În absența oricăror elemente de reactivitate, la personalităţile cu trăsături schizoide, care dezvoltă o simptomatologie cu unele trăsături nespecifice schizofreniei, se poate totuşi vorbi de schizofrenie.

Deşi o serie de autori susţin că diagnosticul schizofreniei nu prezintă dificultăţi, mai ales în formele cronicizate sau în cazurile cu evoluţie îndelungată, a existat o permanentă preocupare pentru stabilirea unor criterii clare de diagnostic. Motivaţia acestei dorinţe s-a modificat de-a lungul vremii, de la necesităţi nosologice, pînă la actualele opţiuni terapeutice şi considerente epidemiologice. Criteriologia diagnostică reprezintă, chiar în formele ei foarte elaborate, o simplificare al cărei scop este pragmatic. Ea urmăreşte nu numai să facă posibil diagnosticul de schizofrenie, ci şi să-l pună sub semnul întrebării ori de cîte ori se poate. Dacă, iniţial, criteriile sistematice au fost pur psihopatologice, ulterior ele au devenit mai eclectice, autorii americani ajungînd să îmbine datele psihopatologice cu cele evolutive şi de funcţionalitate socială. Criteriile lui E. BLEULER sînt universal recunoscute, deşi autorul nu şi-a propus niciodată să le folosească ca atare. Ele cuprind simptomele bazale (celebrele „4 A") :

- — asociaţii de idei modificate ;
- — autism cu închidere în sine şi retragere în imaginar ;
- — ambivalenţă a gîndirii şi afectivităţii ;
- — afectivitate tocită, sărăcită, detaşare.

La aceste simptome, constante în tabloul schizofrenic, se adaugă cele nespecifice, cu caracter polimorf, care pot să lipsească sau pot domina tabloul clinic atunci cînd sînt prezente, aşa-numitele simptome „accesorii" : delirul, halucinaţiile, tulburările catatonice.

Se poate afirma că sistemul bleulerian este excesiv de teoretic şi determină dificultăţi în interpretarea simptomatologiei, în special în cazul celei primare. El este unidimensional şi are o slabă valoare prognostică (J. LANDMARK, 1982).

TABEL CXLIX

Frecvenţa simptomelor fundamentale bleuleriene
(după YAO FANG-CHUAN şi colab., 1988)

Simptomul	*Nr. cazuri* N = 100	*Bărbaţi* N = 63	*Femei* N = 37
Asociaţii modificate	86	59	27
Apatie	84	58	46
Ambivalenţă	29	23	6
Autism	41	34	7

Criteriile lui SCHNEIDER pornesc tot de la un model unidimensional psihopatologic, fiind fundamentate empiric pe constatări clinice. Ele grupează simptome de rangul I (11 serii de simptome), care sînt specifice schizofreniei în absenţa oricărei determinări organice, şi simptome de rangul al II-lea, care conduc la diagnostic în absenţa tuturor celor 11 semne de rangul I.

CRITERIILE LUI K. SCHNEIDER :

I. Simptome de prim rang :
   1. Sonorizarea propriilor gînduri.
   2. Halucinaţiile auditive cu caracter antagonist, cu aspect de ambivalenţă şi de excludere reciprocă.
   3. Halucinaţii somatice interoceptive — lipsa de independenţă interioară.
   4. Halucinaţii auditive cu caracter de comentariu al comportamentului bolnavului.
   5. Acţiune de influenţă asupra gîndurilor.
   6. Influenţă asupra sentimentelor, trăirilor emoţionale.
   7. Acţiune de influenţă asupra impulsiunilor şi motivaţiilor.
   8. Influenţă în acţiuni şi atitudini.
   9. Descoperirea, denudarea gîndurilor, cu fenomene de citire, de ghicire a gîndurilor.
   10. Ruperea fluxului ideativ, întreruperea lui (baraj — Sperrung), presupunînd împiedicarea cursului ideativ.
   11. Delirul senzitiv de relaţie şi percepţia delirantă

II. Simptome de rangul II :
   1. Tulburări de asociaţie : — idei
      — judecăţi
   2. Tocire şi aplatizare afectivă.
   3. Alte tipuri de delir şi halucinaţii, dacă sînt suficient exprimate clinic şi constante (au continuitate).

Sistemul diagnostic schneiderian are şi el o valoare limitată în ceea ce priveşte evaluarea prognosticului şi a evoluţiei. Totuşi, definirea clară a simptomatologiei, ca şi relativa uşurinţă cu care poate fi folosit au făcut ca aceste criterii să devină un instrument major de lucru în studiile epidemiologice. Influenţa acestor criterii asupra psihiatriei americane este evidentă în cadrul sistemului diagnostic propus de DSM III.

MAYER-GROSS elaborează, de asemenea, un sistem diagnostic, urmărind aceeaşi clasificare diferenţiată a simptomelor, fără însă să aducă noi elemente diagnostice în discuţie. El clasifică simptomele schizofreniei în :

I. Primare, de rang I :
   1. Tulburări de gîndire — inclusiv delir primar.
   2. Apariţia senzaţiei de influenţă.
   3. Delirul de relaţie cu aspect primar.
   4. Aplatizare şi obtuzie afectivă.
   5. Comportament catatonic.
   6. Sonorizarea propriilor gînduri.

II. Accesorii, de rangul II :
   1. Calitatea contactului cu bolnavul şi interesul acestuia faţă de sine şi de cei din jur.
   2. Neconcordanţa trăirilor afective şi a proceselor ideative cu conţinutul mimicii, pantomimicii, actelor motorii ale pacientului.

G. LANGFELDT (1972) propune un sistem diagnostic în care criteriile au o natură diferită :

- întrerupere în dezvoltarea personalităţii : debut insidios, retragere socială, scăderea randamentului, ştergerea notelor particulare de personalitate, comportament neobişnuit, personalitate schizoidă ;
- dezintegrarea personalităţii : pierderea psihotică a contactului cu realitatea, prăbuşirea sistemului conceptual integrativ individual, ambivalenţă, derealizare, perplexitate, false recunoaşteri, alienare, în prezenţa a cel puţin două dintre următoarele simptome :
  - — modificarea asociaţiilor ;
  - — modificarea afectelor ;
  - — deliruri ;
  - — halucinaţii auditive ;
  - — simptome catatonice ;
- deteriorare progresivă (simptomatologia trebuie să dureze cel puţin doi ani).

La aceste criterii, autorul norvegian propune adăugarea unor elemente exterioare manifestărilor propriu-zise ale bolii, cum ar fi flerul clinicianului, sentimentul de schizofrenie, impresia clinică de pasivitate a bolnavului. Cu toate scăderile sale, acest sistem diagnostic a deschis o perspectivă multidimensională.

În anii '70, au fost elaborate o serie de scale diagnostice şi liste de criterii, cu scopul de a fi folosite în cercetarea ştiinţifică : WHO-IPSS, Yusin-NEWMARK, Feighner, WIST, CATEGO, New-Haven Schizofrenia Index (NHSI), CSB, Research Diagnosis Criteria (RDC, 1978). Aceste criterii nu sînt folosite în mod curent în practica diagnostică clinică, dar elaborarea lor a condus, prin problematica ridicată, la perfecţionarea sistemelor criteriologice propuse pentru a fi utilizate (→ CRITERII).

Fără să elaboreze în mod explicit criterii de diagnostic, ediţia a IX-a a manualului OMS de clasificare a bolilor (ICD 9) — adoptat în cadrul celei de-a 29-a Adunări Mondiale a Sănătăţii, 1975 — prefigurează în definiţiile foarte amănunţite pe care le propune şi principalele elemente de diagnostic pozitiv :

- Tulburări caracteristice de gîndire :
  - — idei delirante bizare ;
  - — tranzitivism ;
  - — delir de influenţă ;
  - — suprasemnificare ;
  - — gîndire vagă, eliptică, obscură ;
  - — comunicare verbală incomprehensibilă ;
  - — baraj mintal, fading.
- Tulburări perceptive :
  - — halucinaţii auditive comentatorii ;
  - — interpretări senzoriale.
- Tulburări de dispoziţie :
  - — afectivitate anormală ;
  - — autism ;
  - — dispoziţie discordantă ;
  - — ambivalenţă afectivă.
- Tulburări de conduită :
  - — negativism ;
  - — inerţie ;
  - — stupoare ;
  - — catatonie.
- Tulburări de personalitate :
  - — pierderea sentimentului de individualitate ;
  - — pierderea autonomiei persoanei ;
  - — disociaţia personalităţii.

Diagnosticul se stabileşte dacă se observă (ori s-au observat în cursul bolii) tulburări caracteristice în gîndire, percepţie, dispoziţie, conduită sau personalitate — de preferinţă cel puţin două dintre aceste tipuri de tulburări. Diagnosticul se va limita la afecţiuni cu evoluţie prelungită deteriorativă sau cronică.

Pentru stabilirea formelor clinice ale bolii, manualul recomandă delimitarea simptomelor principale din următoarele tablouri :

- **Forma simplă (295.0)** — psihoză în care se dezvoltă insidios bizareriile de conduită, incapacitatea de a face faţă exigenţelor sociale şi o scădere a tuturor performanţelor. Ideile delirante şi halucinaţiile sînt absente, iar manifestările nu sînt net psihotice, comparativ cu formele hebefrenice, catatonice şi paranoide ale schizofreniei. Izolarea socială crescîndă poate duce la vagabondaj ; pacientul devine retras în sine, trîndav, nu are scop. Ţinîndu-se seama de caracterul imprecis al acestor simptome, diagnosticul acestei forme de schizofrenie va fi stabilit cu circumspecţie ; se exclude schizofrenia latentă (295.5).

● **Forma hebefrenică (295.1)** — formă a schizofreniei în care predomină alterările vieţii afective, ideile delirante şi halucinaţiile fugare şi fragmentare, comportamentul iresponsabil şi imprevizibil, manierismul. Dispoziţia este superficială şi nepotrivită situaţiei, însoţită eventual de risete sau zîmbete nemotivate, de un aer condescendent, de grimase, de manierism, de glume grosolane, de plîngeri hipocondriace şi iteraţii verbale. Gîndirea este dezorganizată. Există o tendinţă de izolare, iar comportamentul pare a fi lipsit de sens şi de sentiment. Această formă de schizofrenie debutează, în general, între 15 şi 25 de ani.

● **Forma catatonică (295.2)** — formă a cărei caracteristică esenţială este existenţa tulburărilor motorii importante, mergînd deseori de la o extremă la alta, de la hiperkinezie la stupoare, de la supunere automată la negativism. Atitudinile impuse pot persista perioade lungi ; dacă membrele pacientului sînt puse în poziţie anormală, ele pot păstra această poziţie un timp oarecare, după suprimarea aplicării forţei exterioare. Această formă poate fi însoţită de o excitaţie extremă. Pot exista, concomitent, simptome depresive sau hipomaniacale.

● **Forma paranoidă (295.3)** — formă de schizofrenie în care tabloul clinic este dominat de idei delirante relativ stabile, care pot fi însoţite de halucinaţii. Ideile delirante sînt deseori idei de persecuţie, dar ele pot lua şi alte forme (de exemplu, idei de gelozie, de ascendenţă ilustră, de mesianism sau de transformare corporală). Pot exista halucinaţii şi comportament excentric ; în unele cazuri, conduita este grav alterată de la început ; tulburarea gîndirii poate fi masivă, putîndu-se instala indiferenţă afectivă, cu idei delirante şi halucinaţii fragmentare ; se exclud stările delirante involutive, parafrenia (297.2), paranoia (297.1).

● **Episodul schizofrenic acut (295.4)** — alte tulburări schizofrenice, în afara celor descrise mai sus, caracterizate printr-o stare oneiroidă, cu o uşoară obnubilare a conştiinţei şi perplexitate. Obiectele exterioare, indivizii şi evenimentele sînt investite de către pacient cu o semnificaţie deosebită. Pot exista idei de interpretare şi tulburări ale afectivităţii. În numeroase cazuri, poate surveni o remisiune după cîteva săptămîni sau luni, chiar fără tratament ; se exclud formele acute de schizofrenie de tip catatonic (295.2), hebefrenic (295.1), paranoid (295.3), simplu (295.0).

● **Schizofrenia latentă (295.5)** — diagnostic pentru care nu se pot delimita criterii general acceptabile, utilizarea lui nefiind recomandabilă; descrierea ce urmează este dată pentru cei care totuşi îl utilizează. Această formă este caracterizată printr-un comportament excentric sau ilogic, cu anomalii afective şi manifestări asemănătoare cu cele ale schizofreniei, dar fără să existe nici un alt simptom tipic al acestei boli, în prezent sau în trecut. Aici se codifică forme de schizofrenie insuficient definite ; se exclude personalitatea schizoidă (301.2).

● **Schizofrenia reziduală (295.6)** — formă cronică de schizofrenie, în care simptomele ce subzistă după faza acută şi-au pierdut din intensitate. Tulburările afectivităţii diminuează, iar cele ale gîndirii, deşi accentuate, nu împiedică îndeplinirea sarcinilor uzuale ; se includ : starea schizofrenică reziduală („schizophrenischer Restzustand"), schizofrenia cronică nediferenţiată.

● **Forma schizo-afectivă (295.7)** — formă a psihozei în care manifestări severe de tip maniacal sau depresiv sînt concomitente cu simptome schizofrenice ; are o tendinţă de remisiune fără deficit permanent, dar recidivele sînt frecvente. Acest diagnostic se stabileşte doar atunci cînd cele două tipuri de simptome — afective şi schizofrenice — sînt pronunţate ; se includ : psihoza mixtă schizofrenică şi afectivă, psihoza atipică afectivă, psihoza schizofreniformă, schizofrenia ciclică.

● **Alte forme (295.8)** — schizofreniile cu formă determinată, dar care nu pot fi clasate la codurile 295.0—295.7, incluzînd: schizofrenia acută (nediferenţiată), schizofrenia atipică, schizofrenia cenestopată ; se exclude autismul infantil (299.0).

● **Forma neprecizată (295.9)** — nu se va folosi decît ca ultimă variantă (FAI).

Autorii americani definesc descriptiv şi funcţional schizofrenia în manualul DSM III („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") şi în varianta sa revizuită, DSM III R, 1987.

Caracteristicile definitorii ale afecţiunii sînt considerate : simptomele psihotice prezente în faza activă a bolii, nivelul activităţii inferior celui atins în perioada anterioară bolii, debutul înainte de 45 de ani şi durata minimă de 6 luni. Afecţiunea implică, în unele faze, deliruri, halucinaţii sau tulburări de gîndire. Diagnosticul este stabilit numai în absenţa unei tulburări afective care ar putea determina boala sau a unei tulburări psihoorganice cerebrale, care ar putea-o declanşa şi întreţine.

Sînt excluse bolile care debutează după 45 de ani, încadrate ca psihoze atipice ; de asemenea, afecţiunile ce nu prezintă trăsături psihotice evidente, clasificate ca tulburări ale personalităţii schizotipale, schizofrenie simplă sau borderline.

Bolnavii cu sindrom depresiv sau maniacal, dezvoltat pe o perioadă prelungită, corespunzătoare duratei tulburărilor psihotice, sînt consideraţi ca prezentînd unele tulburări afective sau schizoafective şi nu li se poate stabili diagnosticul de schizofreni.

Autorii americani stabilesc următoarele criterii care permit enunţarea diagnosticului de schizofrenie şi delimitarea formelor clinice ale acestei boli :

TABEL CL

SCHIZOFRENIE – criterii de diagnostic după autorii americani

DSM III	*DSM III – R*
1	2
A. Cel puţin una dintre următoarele manifestări, în faza activă a bolii : — deliruri bizare (cu conţinut absurd, fără o bază posibilă în realitate), ca : deliruri de influenţă exterioară, transmiterea gîndirii, impunerea gîndirii, furtul gîndirii ; — deliruri de grandoare, de transformare corporală, religioase, de negaţie sau altele, fără un conţinut persecutor sau de gelozie ; — deliruri de persecuţie sau de gelozie, dacă sînt însoţite de halucinaţii de orice tip ; — halucinaţii auditive, în care, fie o voce comentează acţiunile sau gîndurile individului, fie două sau mai multe voci conversează între ele ; — halucinaţii auditive, în mai multe împrejurări, ce conţin mai mult de 1 sau 2 cuvinte şi care nu au legătură, în aparenţă, cu depresia sau euforia ; — incoerenţă, pierdere marcată a capacităţii asociative, gîndire ilogică sau sărăcire evidentă a conţinutului vorbirii, dacă se asociază cel puţin unul dintre simptomele următoare : ● aplatizare, sărăcire sau inadecvare afectivă ; ● deliruri sau halucinaţii ; ● fenomene catatonice sau altă tulburare severă a activităţii psihomotorii.	A. Prezenţa în faza activă a simptomelor psihotice (1), (2) sau (3), pe o durată de cel puţin o săptămînă (chiar dacă acestea evoluează favorabil sub tratament) : 1. Două dintre următoarele manifestări : a. deliruri b. halucinaţii evidente (tot timpul zilei, de-a lungul a cîtorva zile sau de cîteva ori pe săptămînă, pe o perioadă de cîteva săptămîni, fiecare trăire halucinatorie nefiind limitată la cîteva momente scurte) c. incoerenţă sau pierdere marcată a capacităţii asociative ; d. comportament catatonic ; e. aplatizare, gravă inadecvare afectivă 2. Deliruri bizare (implicarea unui fenomen pe care nivelul cultural al persoanei l-ar considera total neplauzibil, ca de exemplu, transmiterea gîndirii sau delirul de influenţă exterioară de către o persoană decedată) ; 3. Halucinaţii evidente (definite la 1.b) ca aparţinînd unei voci, conţinutul neavînd legătură aparentă cu depresia sau euforia ; sau o voce care comentează permanent comportamentul sau gîndurile persoanei ; ori două sau mai multe voci care conversează între ele.

1	2
B. Deteriorarea activității de la nivelul anterior, în unele domenii ca : activitatea profesională, socială și de autoîngrijire.	B. În timpul evoluției tulburării, nivelul activității în unele domenii ca profesia, relațiile sociale, autoîngrijirea este net inferior celui mai înalt nivel atins înaintea debutului bolii (sau în cazul debutului în copilărie sau adolescență, individul nu reușește să realizeze nivelul scontat de dezvoltare socială).
C. Durata : semne continue ale bolii pe o perioadă de cel puțin șase luni, în unele perioade din timpul vieții individului, cu unele semne de boală păstrate în prezent. Perioada de șase luni trebuie să cuprindă o fază activă, în timpul căreia sînt prezente simptome din grupa A, cu sau fără o fază prodromală sau reziduală, definite mai jos : *Faza prodromală* : o degradare netă a activității de dinaintea fazei active a bolii, care nu este datorată unei tulburări a dispoziției sau unei tulburări produse de abuzul de substanțe psihoactive și implică cel puțin două dintre simptomele citate mai jos. *Faza reziduală* : persistența, consecutiv fazei active a bolii, a cel puțin două dintre simptomele notate mai jos și care nu sînt provocate de o tulburare a dispoziției sau de o tulburare datorată abuzului de substanțe psihoactive. Simptome prodromale sau reziduale : — detașare sau izolare socială ; — deteriorarea marcată a activității, conform statutului socio-profesional (salariat, student sau susținător de familie) ; — comportament deosebit de caracteristic (de exemplu, colecționarea de deșeuri, gunoaie, stocarea de alimente, solilocvia în public) ; — degradarea accentuată a menținerii igienei personale și a îngrijirii vestimentației ; — afectivitatea aplatizată, tocită sau inadecvată ; — vorbire digresivă, vagă, supraelaborată, circumstanțială sau metaforică ; — ideație bizară sau gîndire magică (de exemplu, telepatie, clarviziune, superstiție, „al șaselea simț“, „alții îmi pot simți sentimentele“), idei prevalente și de relație ; — experiențe perceptuale ieșite din comun (de exemplu, iluzii recurente, simțirea prezenței unei forțe sau a unei persoane care, de fapt, nu există acolo).	C. Identic cu criteriile expuse la grupa D în DSM III, adăugîndu-se necesitatea excluderii tulburării schizo-afective și a tulburării dispoziționale cu caracteristici psihotice
D. Prezența unui sindrom maniacal sau depresiv major (conform criteriilor respective), apărut într-o fază activă a bolii sau avînd o durată mai scurtă în raport cu durata simptomelor psihotice din grupa A.	D. Identic cu ideile expuse la punctul C din DSM III, cu specificarea că faza activă din perioada minimă de 6 luni trebuie să dureze cel puțin o săptămînă (mai puțin, în cazul unui răspuns favorabil la terapie) ; de asemenea, la simptomele prodro-

TABEL CL (continuare)

1	2
	male și reziduale este adăugat un criteriu suplimentar : lipsă marcată de inițiativă, interes sau energie.
E. Debutul fazei prodromale sau active a bolii se situează înainte de 45 de ani.	E. Identic cu F. din DSM III, dar se mai specifică și intîrzierea mintală (oligofrenia).
F. Nu poate fi stabilită o tulburare psihoorganică cerebrală sau oligofrenia, care să declanșeze și să întrețină boala.	F. Dacă anamneza evidențiază tulburarea autistică, diagnosticul de schizofrenie se pune numai în cazul predelirurilor sau halucinațiilor evidente.
● Diagnosticul diferențial se va face cu : — tulburări psihoorganice cerebrale, în care pot apărea halucinații, deliruri, tulburări afective sau ale limbajului etc. ; — tulburări paranoide ; — tulburări afective : dezvoltarea delirului și apariția unor halucinații urmează după o perioadă de evoluție a simptomatologiei afective. Prezența sindromului depresiv sau maniacal, instalat după apariția simptomatologiei psihotice, caracteristică schizofreniei și durata sa mai redusă, comparativ cu durata simptomatologiei psihotice, excluzînd psihoza afectivă în favoarea schizofreniei. Tulburările marcate ale afectivității se pot suprapune unei schizofrenii de tip rezidual, cronic ; — tulburarea schizo-afectivă: simptomatologia psihotică se manifestă, în general, prin prezența sindromului afectiv major, după cel puțin două săptămîni de absență a acestuia, situații în care clinicianul nu poate elabora cu certitudine un diagnostic diferențial între cele două afecțuni ;	
— psihoza atipică : existența unei tulburări non-afective, care oferă date insuficiente pentru diagnosticul de schizofrenie sau existența unui simptom psihotic aparținînd schizofreniei (de exemplu, delirul încapsulat de transformare corporală), dar în absența deteriorării activității față de nivelul anterior ; — tulburări persistente de dezvoltare (absența delirurilor, halucinațiilor și incoerenței) ; — tulburări schizofreniforme : prin definiție, au o durată mai mică de șase luni ; — tulburări obsesiv-compulsive, hipocondriace, fobice : subiectul poate prezenta idei prevalente, asemănătoare uneori ideilor delirante, dar acesta recunoaște, cel puțin parțial, iraționalitatea simptomului, chiar dacă se simte dominat de el ;	— Se înlocuiește noțiunea de psihoză atipică cu cea de tulburare a dispoziției cu caracteristici psihotice. În cazul prezenței unui simptom psihotic caracteristic schizofreniei (delirul încapsulat), diagnosticul va fi de tulburare psihotică neprecizată, tulburare depresivă sau bipolară neprecizată.

1 | 2

- tulburarea de personalitate de tip schizotipal, borderline, schizoid, paranoid poate prezenta episodic fenomene psihotice, dar ele dispar în cîteva ore sau zile, cu revenirea totală a activităţii la nivelul anterior ;
- întîrzieri mintale : lipsa halucinaţiilor, delirurilor sau intensitatea scăzută a acestora şi apariţia lor ca urmare a dificultăţilor de comunicare ;
- credinţe sau experienţe cu specific etnico-cultural : sînt caracteristice membrilor unui grup/subgrup cultural şi pot fi interpretate de cei care aparţin altor culturi ca deliruri sau fenomene halucinatorii ; se adaugă diferenţierea de tulburarea delirantă sau autistică.

● Forme clinice :

- forma dezorganizată corespunde formei hebefrenice din alte clasificări. Se caracterizează prin incoerenţă, pierderea capacităţii asociative, afectivitate săracă, neadecvată sau absurdă, dezorganizarea severă a comportamentului ; lipseşte delirul sistematizat (deşi sînt prezente deliruri sau halucinaţii fragmentare, cu un conţinut tematic nesistematizat), iar degradarea socială este severă. Debutul este precoce şi insidios, iar evoluţia este cronică, fără remisiuni semnificative ;
- forma catatonică — principala tulburare se situează la nivelul activităţii psihomotorii : stupor, agitaţie, negativism, rigiditate etc., la care se asociază stereotipii, flexibilitate ceroasă, manierisme, mutism ;
- forma paranoidă — unul sau mai multe deliruri sistematizate, în special de persecuţie sau grandoare, alături de halucinaţii concordante cu tipul de delir. Deteriorarea activităţii poate fi minimă, iar reacţiile afective conservate. Debutul este mai tardiv, evoluţia mai stabilă, iar prognosticul mai bun decît în cazul altor forme ;
- forma nediferenţiată — sînt prezente simptome psihotice evidente, care nu pot fi încadrate în nici una din categoriile expuse anterior sau care întrunesc criterii pentru două sau mai multe dintre aceste categorii ;
- forma reziduală — diagnosticul se pune în prezenţa a cel puţin unui episod de schizofrenie în antecedente, fără ca în prezent să fie evidente simptome psihotice, deşi semnele bolii persistă : aplatizare afectivă, gîndire ilogică, pierderea capacităţii asociative, comportament bizar, izolare socială. Eventualele halucinaţii şi deliruri nu au o intensitate mare şi nu sînt însoţite de stări afective puternice. Evoluţia este cronică sau subcronică.

TABEL CL (continuare)

1	2
● Criteriile de diagnostic ale formelor clinice (tipurilor) de schizofrenie :	
● pentru tipul dezorganizat (hebefrenic) :	● pentru tipul dezorganizat :
A. incoerență ;	A. incoerență, marcată pierdere a asociațiilor sau comportament sever dezorganizat ;
B. absența delirurilor sistematizate ;	B. afectivitate aplatizată sau grav inadecvată ;
C. afectivitate aplatizată, inadecvată sau nătingă	C. nu sînt prezente criteriile pentru tipul catatonic
● pentru tipul catatonic : oricare dintre simptomele următoare :	● pentru tipul catatonic :
A. stupor catatonic (scăderea deosebită a reactivității față de mediu și/sau reducerea mișcărilor spontane și a activității) sau mutism ;	— aceleași criterii ca și în DSM III
B. negativism catatonic (rezistență aparent nemotivată față de toate comenzile sau încercările de a fi deplasat) ;	
C. rigiditate catatonică (menținerea unei posturi rigide, în pofida eforturilor de a fi mișcat) ;	
D. agitație catatonică (activitate motorie agitată, în aparență fără scop și neinfluențată de stimuli exteriori) ;	
E. atitudine (postură) catatonică (alegerea voluntară a unei posturi nepotrivite sau bizare) ;	
● pentru tipul paranoid : unul sau mai multe dintre următoarele simptome :	● pentru tipul paranoid :
A. delir de persecuție ;	A. unul sau mai multe deliruri sistematizate sau cu halucinații auditive, frecvent atribuite unei singure teme ;
B. delir de mărire (grandoare) ;	B. nici-una dintre următoarele manifestări : incoerență, pierdere marcată a capacității asociative, afectivitate aplatizată sau grav inadecvată, comportament catatonic, comportament sever dezorganizat. Se specifică „tip stabil“ dacă criteriile A și B au fost prezente în toate fazele active, trecute și prezente, ale bolii.
C. delir de gelozie ;	
D. halucinații cu conținut persecutor sau grandios.	
● pentru tipul nediferențiat :	● pentru tipul nediferențiat :

1	2
A. existenţa delirurilor evidente, a halucinaţiilor, a incoerenţei sau a comportamentului sever dezorganizat ; B. nu sînt prezente criterii pentru nici unul dintre tipurile expuse anterior sau sînt întrunite criteriile pentru mai multe tipuri ;	— aceleaşi criterii ca în DSM III
● pentru tipul rezidual :	● pentru tipul rezidual :
A. existenţa în anamneză a cel puţin unui episod de schizofrenie cu simptomatologie psihotică evidentă ;	A. absenţa delirurilor şi a halucinaţiilor evidente, a incoerenţei sau a comportamentului sever dezorganizat ;
B. tablou clinic fără nici un simptom psihotic evident, care să necesite evaluare clinică sau internare ;	B. semne persistente ale bolii, reprezentate de două sau mai multe dintre simptomele reziduale notate la criteriile schizofreniei (grupa D)
C. semne persistente ale bolii, de exemplu : afectivitate aplatizată sau inadecvată, izolare socială, comportament excentric, gîndire ilogică sau pierderea capacităţii asociative.	

Autorii proiectului ICD X, 1987, afirmă că : „Nu pot fi identificate fenomene patognomonice, dar un număr de fenomene psihopatologice au o semnificaţie deosebită pentru diagnosticul schizofreniei". Ei propun următoarea serie de simptome :

I. Ecoul gîndirii, impunerea de gînduri sau „furtul gîndirii", emisia de gînduri, percepţia delirantă.

II. Idei delirante de control, de influenţă sau de supunere ; idei delirante bizare sau de alte tipuri.

III. Voci halucinatorii care comentează comportamentul bolnavului sau discută între ele despre el, ca şi orice alte voci halucinatorii, care durează săptămîni sau luni.

IV. Orice fel de idei delirante, însoţite de halucinaţii de orice tip.

V. Tocirea afectivă sau incongruenţă emoţională, apatie crescută, sărăcirea vorbirii.

VI. Interpretări sau interpolări în cursul gîndirii.

Pentru diagnostic este necesară prezenţa tuturor simptomelor de la grupa I, II sau III sau, cel puţin, de la două din grupele IV, V şi VI, pe un interval de timp care trebuie să depăşească o lună.

Dacă simptomele sînt prezente mai puţin de o lună, chiar şi în prezenţa tratamentului, se va pune diagnosticul de episod schizofreniform şi se va reclasifica dacă va mai apărea un episod ulterior.

112. SCHIZOFRENIE — diagnostic diferenţial ● Diagnosticul diferenţial al schizofreniei nu poate fi făcut decît printr-o abordare globală a tabloului psihopatologic. Prezenţa unui simptom sau sindrom „caracteristic" trebuie să conducă întotdeauna la o contextualizare a acestuia, singura în măsură să confirme sau să infirme diagnosticul.

Listele de criterii aşa-zis patognomonice nu au valoare predictivă (în cazul celor cu reliabilitate crescută), datorită faptului că sînt constituite din simptome care apar în faze evolutive avansate, fiind fără utilitate în cazul debuturilor de fapt, circumstanţă de maxim interes teoretic şi practic pentru diagnosticul diferenţial.

Diagnosticul diferenţial cu circumstanţele organice în care apare simptomatologia psihotică este cel mai facil, datorită prezenţei semnelor somatice, neurologice şi serologice, de o valoare indubitabilă. În aceste situaţii, tabloul psihopatologic se inversează, tulburările de memorie şi cognitive precedînd tulburările emoţionale. Legăturile afective cu mediul sînt destul de bine păstrate în perioadele în care semnele de demenţă sînt uşor de observat.

Principalele entități caracterizate prin această simptomatologie sînt : tumorile cerebrale, arterioscleroza, dementele presenile și senile, infecția luetică, sindromul posttraumatic.

Diagnosticul diferențial cu PGP este generat de existența unor tablouri paranoide cu halucinații auditive vii, continue, care apar, în unele cazuri, în absența oricăror semne de suferință cerebrală, subiecții neputînd fi diferențiați de pacienții schizofreni fără elementele aduse de istoricul de infecție luetică sau semne somatice. Uneori, tabloul paranoid-halucinator maschează semnele de demență organică ale bolnavilor cu PGP, păstrîndu-se în prim plan. Diagnosticul diferențial se complică la acești pacienți atunci cînd în familiile lor există schizofreni sau persoane schizoide, ceea ce poate induce în eroare pe diagnostician.

Paralizia generală la tineri pune probleme de diagnostic diferențial cu hebefrenia, dar, chiar în absența unor date serologice certe, prezența unor semne neurologice conduce către diagnostic.

Tumorile lobului frontal pun probleme diagnostice în absența afaziei și a semnelor neurologice (reflex Babinski) și oftalmologice (edem papilar). Leziunile prefrontale, caracterizate prin apatie, tulburări dispoziționale și impulsivitate, ridică probleme de diferențiere cu schizofrenia hebefrenică, în care „bolnavii la debut se plîng adesea de cefalee" (MAYER-GROSS).

Diagnosticul diferențial cu **psihozele puerperale** este foarte dificil de făcut, deoarece un număr de cazuri (37%, după RUMKE) reprezintă calea de intrare în schizofrenie. Existența unui tablou psihopatologic relativ complet, care se poate modifica destul de lent, face ca singurul criteriu de diagnostic diferențial să fie cel evolutiv, iar expectanța — singura atitudine diagnostică.

Encefalita letargică este greu de diferențiat de unele forme hebefrenice și catatonice de schizofrenie, mai ales cînd bolnavii nu au antecedente familiale de boli psihice sau elemente paranoid-halucinatorii în tabloul clinic. Numai în fazele avansate ale encefalitelor, cînd apar fenomene parkinsoniene și bradifrenia, diagnosticul se stabilește fără dificultate, deși scăderea nivelului activității, neliniștea, lipsa unor bariere comportamentale, monotonia vorbirii, perseverația sînt comune ambelor situații. Akinezia poate fi confundată cu stuporul catatonic. Encefalitele nu dau niciodată tulburări de gîndire și nici halucinații și negativism. Pe de altă parte, crizele oculogire nu apar în schizofrenie.

Diagnosticul diferențial cu **epilepsia** nu se poate stabili, în cazul unor tulburări de vorbire și de gîndire decît prin constatarea unor modificări ale clarității conștiinței, de tipul stărilor crepusculare. Unele manifestări epileptice motorii sînt greu de deosebit de manifestările catatonice, prezentînd aceleași caracteristici : repetitivitate, stereotipie. Unele psihoze epileptice prelungite pot fi însoțite de delirul primar și de halucinații foarte asemănătoare cu cele din schizofrenie, care pot fi separate numai prin integrarea lor într-un tablou clinic mai larg, diferit, din care lipsește tocirea afectivă. Tulburările de gîndire din epilepsie, cu trăsăturile lor caracteristice, lentoarea și circumstanțialitatea, nu au nimic comun cu disociația schizofrenică.

Principala modalitate de diferențiere rămîne totuși examenul EEG care, în cazul epilepsiei, este net modificat. Testul terapeutic poate fi uneori util în diferențierea celor două entități.

Intoxicațiile cu mescalină, LSD, hașiș, amfetamine pot conduce la stări care nu pot fi separate de episoadele acute din schizofrenie. Derealizarea și depersonalizarea apar în aceste intoxicații doar pentru scurte perioade. Punerea în evidență a consumului de drog conduce la un diagnostic diferențial rapid.

TABEL CLI

Diagnosticul diferențial între psihoza amfetaminică și schizofrenia paranoidă

(după SWANSON, BONHERT, SMITH, 1970)

Psihoza amfetaminică	*Schizofrenia paranoidă*
1	2
Accelerația asociațiilor mintale cu păstrarea caracterului logic în ansamblu	Scăderea capacității de a face asociații
Nivel crescut de abstractizare	Gîndire concretă
Idei delirante non-bizare	Deliruri bizare
Orientare modificată	Orientare nemodificată

TABEL CLI (continuare)

1	2
Halucinaţii şi iluzii vizuale frecvente	Halucinaţii predominant auditive
Testul la metil-oranj pozitiv	Testul la metil-oranj negativ
Remitere curentă în aproximativ o săptămînă	Episoade psihotice persistente, care evoluează către degradarea progresivă a personalităţii

Halucinoza alcoolică este un diagnostic rar şi are numai un grup restrîns de manifestări asemănătoare schizofreniei.

TABEL CLII

Diagnosticul diferenţial între halucinoza alcoolică şi schizofrenia paranoidă

(după F. G. SURAPICZ, 1980)

Caracteristica de diferenţiere	*Halucinoza alcoolică*	*Schizofrenia paranoidă*
Vîrsta debutului	40—60 ani	sub 40 de ani
Modul de debut	acut	insidios
Antecedente familiale	fără schizofrenii	pozitive pentru schizofrenie
Personalitate premorbidă	variate tipuri de personalitate	schizotipală
Afectivitate	anxietate şi depresie	redusă sau inadecvată
Procesele gîndirii	coerente	scădere a asociaţiilor, tulburări ale gîndirii formale
Funcţii cognitive	uşoară afectare	fără modificări
Durata bolii	ameliorare spontană după cîteva zile sau săptămîni	recăderi de-a lungul vieţii

În psihozele exogene, diagnosticul este dificil de diferenţiat atît timp cît există tulburări de conştiinţă. O stare delirantă subacută este greu de evaluat ca semnificaţie. Totuşi, incoerenţa pe care bolnavul o are diferă de disociaţia schizofrenică; nu este expresia unor modificări structurale ale modului de a gîndi. Gîndirea este numai greşită, nu şi paralogică; dincolo de tulburările în discursivitatea gîndirii, la bolnavul organic nu se vor găsi niciodată tulburări de tipul simbolizării, neologismelor.

Psihozele afective, în special *mania confuzivă* şi diversele *stări mixte* din grupul acestor boli, se aseamănă simptomatic cu forme de schizofrenie, dar diagnosticul poate fi făcut în prezenţa unor antecedente afective. De asemenea, afectivitatea congruentă conduce către posibilitatea unor tulburări afective, ca şi păstrarea notei personale în conţinutul manifestărilor patologice.

Empatia nu este niciodată absentă la pacienţii afectivi, „păstrîndu-se chiar şi în stupoarea depresivă“ (MAYER-GROSS). Negativismul, opoziţionismul sau sugestibilitatea nu sînt elocvente pentru precizarea diagnosticului. Pacienţii maniacali sînt întotdeauna distractibili, acţiunile lor fiind sub influenţa directă a elementelor imediat apropiate. Diagnosticul diferenţial este facil în prezenţa tulburărilor de gîndire de tip schizofrenic, a bizareriilor comportamentale şi a incongruenţei afective, oricît de grave ar părea tulburările dispoziţionale suprapuse.

Unele tulburări afective, ca superficializarea trăirilor şi anestezia afectivă, tulburările dispoziţionale de tip depresiv, pierderea capacităţii de rezonanţă afectivă sînt foarte dificil de diferenţiat de tulburările din depresia majoră, descrierea lor de către pacient fiind asemănă-

TABEL CLIII

Elemente ale diagnosticului diferenţial al psihozelor acute
(după J. WALKER, J. CAVERNAR)

Boala	*Principalele elemente diagnostice*
Schizofrenie	● pierderea asociaţiilor ● afectivitate plată ● idei delirante bizare ● senzorialitate clară ● orientarea spaţiotemporală neafectată
Manie	● hiperactivitate ● vorbire precipitată ● dispoziţie expansivă sau iritabilă ● orientare în mod obişnuit nemodificată
Sindromul organic cerebral	● scăderea sau pierderea performanţelor intelectuale ● sărăcirea memoriei ● tulburări de orientare ● posibile halucinaţii sau idei delirante
Psihoze reactive scurte	● debut brusc ● aspect dramatic al halucinaţiilor, derealizării şi ideilor delirante ● halucinaţii vizuale mai frecvente decît cele auditive ● afectele sînt expansive sau tulburate ● simptomele se şterg în 1—2 zile
Depresia psihotică	● idei delirante somatice ● halucinaţii autodepreciative ● idei delirante de vinovăţie şi autoînvinuire ● ideaţie paranoidă ● semne biologice : tulburări hipnice, modificări ale apetitului şi sexualităţii

toare în ambele cazuri. Numai înscrierea lor în cadrul mai larg al tabloului simptomatologic permite unele clarificări, deoarece boala afectivă este o hipertimie, iar cea schizofrenă — o hipotimie. Ideile delirante din bolile afective sînt catatimice, pe cînd cele din schizofrenie nu sînt în corelaţie cu timia.

Diagnosticul diferenţial cu **melancolia de involuţie** nu poate fi stabilit întotdeauna cu schizofrenia paranoidă cu debut tardiv şi cu catatonia tardivă, deoarece ideile hipocondriace delirante şi alte idei delirante pot lua un aspect bizar şi grotesc, profund desprins de modificarea afectivă bazală. În aceste cazuri, numai păstrarea unei reactivităţi afective şi a unei dispoziţii orientate în acelaşi sens cu cea originară sînt elemente de diferenţiere. Răspunsul terapeutic este cel care tranşează diagnosticul.

Unele forme de schizofrenie hebefrenică pune probleme diagnostice diferite cu *întîrzierea mintală*, mai ales atunci cînd aceasta precedă schizofrenia. Exploziile afective cu halucinaţii, catatonie şi incoerenţă sînt uneori semnalate la întîrziaţii mintal, dar au un caracter pasager (zile, săptămîni), fiind urmate de revenirea pacientului la starea sa anterioară.

Introducerea de către autorii americani a unor categorii de tulburări paranoide (paranoid disorders) impune diagnosticul diferenţial cu acestea. Punctele comune sînt ideile delirante de persecuţie şi/sau grandoare, care permit această distincţie.

TABEL CLIV

Criterii de diagnostic al tulburărilor paranoide
(după H. LEMANN, R. CRANCO, 1985)

Esenţiale	*Accesorii*	*Altele*
● absenţa simptomelor de manie sau depresie	● idei de referinţă	● hipervigilenţă
● evoluţie cel puţin o săptămînă	● suspiciozitate	● negarea simptomelor
● lipsa unei etiologii organice	● scrisori care denunţă nedreptăţi	
● prezenţa ideilor de persecuţie sau gelozie	● instigaţie la acţiuni juridice	
● absenţa caracteristicilor simptomelor schizofrenice		

Criterii de diagnostic al spectrului paranoid
(după J. WALKER, J. O. CAVENAR)

Criteriul	*Personalitate paranoidă*	*Tulburări paranoide (Paranoid disorders)*	*Schizofrenia*
Sistemul delirant	absent	sistematizat	slab sistematizat
perceperea realităţii	nemodificată	adecvată, cu excepţia ideilor delirante	tulburări importante
model comportamental	reţinut, stăpînit	rigid	bizar
deteriorarea personalităţii	minimă	deteriorare minimă sau absentă	evoluţie progresivă spre deteriorare
adaptare socială	randament acceptabil în muncă, conflicte interpersonale, dificultăţi maritale	luptă acerbă pentru a atinge succesul, zădărnicită de sistemul delirant	retragere autistică

Diagnosticul diferenţial cu **simptomatologia de intensitate nevrotică** este impus de faptul că, în unele episoade acute, se poate întîlni o largă gamă de manifestări de tipul conversiei, al simptomelor obsesive şi obsesivo-compulsive, a căror intensitate se poate modifica ulterior. Apariţia unor simptome psihotice, ca şi prezenţa unui sindrom defectual tranşează diagnosticul.

Criza de adolescenţă, prin trăsăturile ei distinctive: exaltare, preocupare pentru idei abstracte, variaţii dispoziţionale imprevizibile, reverii, introspecţie, timiditate, creează un tablou care poate fi confundat cu schizofrenia.

Diagnosticul diferenţial al unor tulburări psihotice apărute la adolescenţă este dificil şi impune o atitudine de expectativă.

113. SCHIZOFRENIE — **intricări patologice** ● Raportul dintre schizofrenie şi alte afecţiuni psihice, în special psihozele, a constituit întotdeauna o preocupare atît pentru teoreticieni, cît şi pentru clinicieni.

Asocierea schizofreniei cu **oligofrenia** a dus la descrierea aşa-numitelor „schizofrenii grefate" (Pfropfschizophrenie), în care semnele clinice ale celor două afecţiuni coexistă şi se pot interfera într-o modalitate mai mult sau mai puţin specifică. Problema frecvenţei acestei asocieri este nerezolvată, admiţîndu-se că procente de 6—7% din schizofreni au diferite grade de întîrziere mintală. O serie de autori consideră că termenul de „schizofrenie grefată" ar trebui utilizat numai pentru formele al căror debut este tardiv, după pubertate, deoarece în restul cazurilor ar putea fi vorba de psihoze infantile nediagnosticate, considerate drept întîrzieri mintale, în situaţii în care deficitul s-a instalat insidios.

Relaţia schizofreniei cu **epilepsia** a fost mult discutată. E. BLEULER afirmă că „la schizofreni crizele epileptice sînt ceva frecvent", opinie contrazisă de majoritatea autorilor (FOLIN, ERVIN, EY), care consideră această asociere extrem de rară. Prezenţa unor modificări electroencefalografice în zonele temporale a condus la ipoteza existenţei unei „înrudiri" a formelor de comiţialitate psihomotorie cu psihozele (stările) schizofreniforme. Aceste forme evoluează către un deficit marcat şi progresiv, întretăiat de accese delirante (BERNARD, BRISSET, EY, 1978).

Alcoolismul poate fi pus în raport cu schizofrenia numai în măsura în care apare ca o complicaţie a acestei boli. Atunci cînd alcoolismul, ca afecţiune, precede schizofrenia, poate juca un rol declanşator. Astfel, aşa-numita „halucinoză alcoolică Wernicke" are uneori o evoluţie de tip schizofrenic, punînd problema exteriorizării unei predispoziţii latente (E. BLEULER). DUBLINEAU afirmă că, atunci cînd alcoolismul evoluează cu tulburări psihice, este vorba cel mai frecvent de un teren schizoid pe care va apărea un proces de tip schizofrenic, opinie căreia i se poate reproşa că este prea categorică.

Stările schizofreniforme (LANGFELDT), deşi au în comun cu schizofrenia o serie de simptome, se deosebesc de aceasta atît prin tabloul clinic, cît şi prin etiologia exogenă, intoxicaţii, traumatisme cranio-cerebrale, infecţii. Este de menţionat, totuşi, că o parte din aceste stări evoluează către o „schizofrenie vera". Este probabil că în aceste cazuri, factorul exogen acţionează ca factor precipitant, care duce la developarea fondului latent al schizofreniei.

Psihozele paranoide de involuţie sînt încadrate în mare parte, de către unii autori, în grupa schizofreniilor cu debut tardiv (după 45 de ani). Acest punct de vedere este considerat însă unilateral (V. PREDESCU), făcînd abstracţie de anumite particularităţi clinico-evolutive ale acestor boli. Astfel, producţia delirantă se desfăşoară pe un fond timic depresiv-anxios şi se referă la teme sexuale, de gelozie, de deteriorare a locuinţei, de otrăvire, de graviditate. JANSSEN afirmă că o serie dintre aceste deliruri sînt motivate inteligibil, exprimînd neîndeplinirea unor dorinţe sau a unor idealuri.

Studiind evoluţia continuă a unui grup de bolnavi cu psihoze paranoide de involuţie, G. N. CONSTANTINESCU evidenţiază lipsa disocierii de tip schizofren şi asocierea, la fiecare din bolnavii studiaţi, fie a afecţiunii vasculare cerebrale, fie a fondului involuţional cerebral, excluzînd astfel posibilitatea ca acestea să fie superpozabile direct schizofreniei.

Psihozele puerperale au fost puse adesea în relaţie cu schizofrenia, iar ZILBOORG le considera chiar „schizofrenii post-partum". Acest punct de vedere reprezintă însă o exagerare evidentă, deoarece studii evolutive au arătat un prognostic îndepărtat favorabil, ca şi faptul că numai un mic număr de psihoze se înscriu ulterior în grupa schizofreniilor. Pentru acestea, perioada puerperală a reprezentat factorul declanşator.

Raportul **schizofrenie-nevroză** a suscitat o serie de discuţii care au mers pînă la descrierea aşa-numitelor „schizonevroze" (CLAUDE), în care bolnavul ar alterna cele două moduri de răspuns la conflictele sale vitale : modul nevrotic (fundal al existenţei sale) şi modul psihotic, cu izbucniri în bufee. Această nevroză de fond ar fi o nevroză gravă, în care trecerea de la simptomatologia de tip nevrotic — crize de nervi, stări crepusculare isterice, amnezii, atacuri cataleptice — s-ar face către simptomele de tip schizofrenic : depersonalizare, delir, discordanţă, catatonie. Isteria poate fi într-adevăr considerată un fond deosebit de atipic, pe care pot apărea bufee delirante, dar apropierea ei de schizofrenie (în care organizarea lumii autiste şi disociaţia progresivă sînt în prim plan) pare hazardată.

Mult discutata alunecare de pe versantul nevrotic pe cel psihotic dinspre nevroza obsesivo-fobică a suscitat o serie de ipoteze, în special de origine psihanalitică : prima ipoteză ar presupune o poziţie de luptă şi apărări eficace şi fixate, cea de a doua, abandonarea acestei poziţii în favoarea dezagregării personalităţii subiectului. Oricare ar fi interpretarea care se dă acestor fenomene, trebuie subliniat că nevroza obsesivă rămîne o poartă de intrare în schizofrenie, mai ales cînd debutul nevrozei este precoce.

114. SCHIZOFRENIE — trecere în revistă a metodelor terapeutice ● De-a lungul istoriei, dorinţa de a găsi remedii terapeutice eficace în schizofrenie a fost pe cît de intensă, pe atît de ineficientă, mai ales că acestea se grefau pe fundalul unei incapacităţi terapeutice cvasi-generale, care nu era specifică doar psihiatriei.

Orice terapie părea acceptabilă, chiar şi în cazul tratamentului episoadelor psihotice. Purgativele şi sîngerarea erau folosite în evul mediu ca remediu al episoadelor psihotice, iar ulterior, cînd „focarele septice" erau la modă, scoaterea dinţilor, a amigdalelor sau chiar a unor părţi din tractul digestiv au fost folosite ca atare.

● TERAPII BIOLOGICE : adevărata intrare în scenă a terapiilor biologice în tratamentul schizofreniei a început abia în deceniul al doilea al secolului al XX-lea ; acestea erau fie de tip simptomatic, fie bazate pe generalizarea (uneori foarte rapidă) a unor observaţii empirice.

Tratamentul aplicat în condiţii azilare (saloane supraaglomerate, lipsite de orice grad de intimitate) consta în hipnotice seara, sedative nespecifice, bromuri, barbiturice, hidroterapie, împachetări umede. Malarioterapia a fost folosită prin similitudine cu existenţa unor tablouri paranoide în alte afecţiuni (mai ales în paralizia progresivă), care se ameliorau după episoadele febrile. S-a observat, de asemenea, că starea pacientului se ameliora dacă, prin supradozarea barbituricelor, se obţinea o stare de somn prelungită (metoda a fost folosită pînă în anii '50).

Studiul lui GJESSING (1930) despre catatonia periodică reprezintă unul dintre primele studii ştiinţifice de psihiatrie. Autorul a găsit primul marker biologic din istoria psihiatriei, şi anume balanţa azotului pozitivă în timpul acceselor de catatonie. Administrarea de tiroidă normaliza balanţa azotată. De aici, s-a dezvoltat o întreagă „linie terapeutică", în care diferiţi hormoni au fost folosiţi în tratamentul schizofreniei.

Comele insulinice au fost introduse ca tratament al schizofreniei în 1933. Pacienţii făceau 20 sau mai multe şedinţe de comă, timp în care erau monitorizaţi cu grijă, circa o oră, după care erau scoşi din comă prin administrarea de glucoză. Datorită succesului în creştere al neurolepticelor, datorită riscului de comă prelungită şi moarte, precum şi dificultăţilor tehnice, metoda a fost practic abandonată. S-au raportat totuşi remisiuni de lungă durată la pacienţii care au fost supuşi unor come prelungite. În 1957, ACKER şi colab. au făcut un studiu comparativ asupra comei insulinice şi a celei barbiturice (întreruptă prin amfetamine), găsind că tratamentul barbituric era la fel de eficient ca şi cel insulinic.

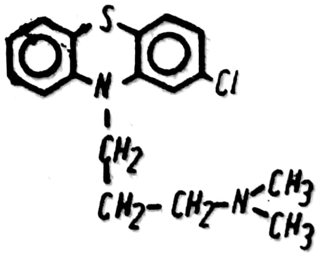
Terapia convulsivantă chimică a fost introdusă cam în acelaşi timp cu insulina, pornindu-se de la observaţia că pacienţii psihotici cu convulsii spontane se vindecau şi de la conceperea eronată a opoziţiei schizofrenie-epilepsie. Convulsiile au fost iniţial provocate cu camfor, procedeu foarte nesigur, şi apoi prin folosirea metrazolului, care producea o aură convulsivă terifiantă. După 1938, crizele au fost induse electric, prin procedeul inaugurat de BINI şi CERLETTI. Injecţiile cu histamină şi acetilcolină au fost, de asemenea, folosite în această perioadă de maximă dezvoltare a terapiilor de şoc.

Psihochirurgia, introdusă în 1935 de E. de MONIZ, a avut, iniţial, o vogă deosebită, dar apariţia neurolepticelor a plasat-o pe poziţia de „ultimă variantă". Rezultatele la distanţă, „defectualitatea" accentuată pe care metoda o supraadaugă, efectele ei ireversibile o plasează, corect, doar în „vitrina" istorică.

Antipsihoticele au fost introduse în anii'50, prin lucrările lui DELAY şi DENIKER privitoare la clorpromazină. Acestea constituie punctul central al tratamentului schizofreniei, chiar dacă, pînă la ora actuală, nu s-a putut face o corelaţie etiopatogenică prin care întrebuinţarea lor să capete şi o fundamentare teoretică. Folosirea extractelor de Rauwolfia a început la sfîrşitul anilor '30 în India, pătrunzînd şi în Europa, în 1940.

Studiul iniţial al lui SEN şi BOSE susţinea că Rauwolfia este indicată nu numai în hipertensiune, ci şi în psihoze, dar a fost practic ignorat. Din cauza efectelor nedorite, în primul rînd a depresiei, şi a lentorii cu care apărea efectul terapeutic, derivaţii reserpinici au fost înlocuiţi cu fenotiazine. Fenotiazina a fost descoperită la sfîrşitul secolului al XIX-lea, fiind folosită ca agent antimicrobian (mai este folosită şi la ora actuală, în medicina veterinară, ca agent antihelmintic).

Proprietăţile antihistaminice ale prometazinei erau cunoscute încă din anii '30, cînd aceasta a fost utilizată pentru efectul său sedativ, dar nu în tratamentul bolnavilor psihici agitaţi.



Clorpromazina a fost folosită pentru prima oară de LABORIT, ca parte a unui amestec medicamentos („cocktail litic"), administrat pacienţilor înainte de intervenţii chirurgicale, la temperaturi scăzute (criochirurgie). LABORIT a observat o modificare în comportamentul pacienţilor operaţi în astfel de condiţii, care păreau mai indiferenţi la mediul înconjurător şi necesitau o analgezie mai redusă. DELAY şi DENIKER au efectuat primul studiu ştiinţific asupra influenţei terapeutice a clorpromazinei, pe un lot de 39 de subiecţi, observînd capacitatea acesteia de a reduce agitaţia şi tensiunea psihică şi, în mod special, reducerea halucinaţiilor şi a ideilor delirante, ca şi capacitatea de a produce efecte secundare care nu pot fi diferenţiate de sindromul parkinsonian.

Efectele clorpromazinei au determinat o largă difuziune a acestui medicament nu numai în psihiatrie, ci şi în alte ramuri medicale, datorită multiplelor sale acţiuni : antiemetic, antihistaminic, antipiretic, sedativ, hipotensor etc. La scurt timp, s-a observat că neurolepticele nu atenuează numai o simptomatologie acută, ci măresc intervalele dintre episoadele psihotice şi le previn.

O serie de studii şi cercetări au căutat să coreleze datele biologice cunoscute despre schizofrenie cu efectul posibil al medicaţiei, în vederea găsirii unei metodologii concrete pentru o terapie mai raţională. Prima ipoteză, cea dopaminergică, a fost formulată în 1963 de CARLSSON şi LINDQUIST, în urma experienţelor făcute cu clorpromazină pe animale. Pe baza acestor experienţe s-a presupus că efectul antipsihotic s-ar datora reducerii, în anumite zone cerebrale, a funcţiilor dopaminergice, principiul comun de funcţionare al tuturor substanţelor active antipsihotice. Blocarea receptorilor dopaminergici din nucleii striaţi produce la animal catalepsie. Ipoteza dopaminergică a fost combătută de TISSOT (1982), care considera că hiperfuncţia sistemului dopaminergic stă la baza tulburărilor psihotice din schizofrenie, luînd în considerare observaţiile privind apariţia unor tulburări după administrarea de L-dopa sau amfetamine. Studiile anatomo-patologice nu au infirmat însă acest punct de vedere. În momentul de faţă, nu este încă deplin cunoscut rolul sistemului dopaminergic în patogeneza schizofreniei. Este dovedit experimental şi clinic că aceleaşi medicamente au efect antipsihotic şi în alte circumstanţe decît schizofrenia : mania, sindroamele psihoorganice, stările toxice (Van PRAAG, 1978). Ulterior, LONGER (1983) a afirmat că efectul neurolepticelor se manifestă prin blocarea receptorilor dopaminergici, care ar fi hipersensibili la efectul dopaminei. CROW (1980) dezvoltă ipoteza dopaminergică iniţială, postulînd existenţa a două subtipuri de schizofrenie, care diferă între ele prin participarea diferenţiată a sistemului dopaminergic :

- tipul I (cu disfuncţie dopaminică), în care predomină, din punct de vedere psihopatologic, aşa-numitele simptome „pozitive“ şi absenţa tulburărilor cognitive. Acest tip răspunde favorabil la terapia neuroleptică ;
- tipul II (fără modificări ale sistemului dopaminic, dar cu substrat anatomic constînd în atrofii ale emisferelor cerebrale şi lărgirea ventriculilor cerebrali) este caracterizat psihopatologic prin aşa-numitele simptome „negative“ şi tulburări cognitive. Nu răspunde bine la neuroleptice şi are o evoluţie ireversibilă.

Se postulează existenţa unei etiologii virale în cazul acestui ultim subtip, care conduce la un deficit de colecistokinină.

Ipotezele lui CROW, care au încercat legarea modificărilor biologice de o anumită simptomatologie clinică şi au postulat, de fapt, existenţa a două entităţi nosologice diferite, a căror determinare etiologică ar putea fi evidenţiată prin explorări obiective, au fost supuse unei critici constructive de către MELTZER (1985). Acesta a arătat că şi simptomele negative reacţionează la neuroleptice în cazul unor subiecţi şi că lipsa de modificare a unei simptomatologii sub efectul unei terapii oarecare nu este un motiv suficient de puternic pentru a susţine o etiologie diferită a acestei tulburări. Simptomele negative apar în faze mai tardive ale bolii, iar semnele de atrofie cerebrală sînt nespecifice, ba chiar o lărgire a ventriculilor laterali conduce la micşorarea funcţiei dopaminice.

Lucrările lui Van KAMMEN (1983) şi LUCHINS şi colab. (1984) sprijină ipoteza potrivit căreia hiperactivitatea dopaminergică nu se înregistrează la bolnavi cu schizofrenie de tip II. Prin interacţiunea colecistokinină-dopamină, la bolnavii „tip II“ se produce dereglarea funcţiei dopaminice, ceea ce ar conduce la ipoteza tratării acestei subgrupe prin găsirea unor substituţi ai colecistokinazei.

MELTZER subliniază faptul că o parte din episoadele acute înregistrate la unii pacienţi nu par să aibă nici o legătură cu dereglarea metabolismului dopaminic cerebral. Creşterea dopaminei (sau hiperactivitatea acesteia) s-ar înregistra numai în formele de debut ale bolii, iar în fazele mai tardive, cînd apare simptomatologia „negativă“, ar fi mai degrabă vorba de o hipofuncţie dopaminică. Această dublă ipoteză, a hipo- şi hiperfuncţiei dopaminice, ar putea avea implicaţii terapeutice (LECRUBIER şi DUILLET, 1983), simptomatologia fiind tratată diferit, cu substanţe care scad sau cresc activitatea dopaminergică.

Altă implicaţie practică a acestei ipoteze este faptul că nu se pot obţine cu neurolepticele numai rezultate pozitive, deoarece, etiopatogenic (conform acestei ipoteze), dispariţia prin tratament a unei simptomatologii duce la apariția celeilalte și, în concluzie, administrarea neurolepticelor se va face în strînsă corelație cu nivelul și calitatea simptomatologiei.

FRIEDHOFF (1985) construiește o ipoteză dopaminică mai complexă, care leagă modelul patogenetic de funcția reglatoare a sistemului dopaminergic. Acest sistem este considerat ca avînd, la nivelul întregului creier sau numai în arii cerebrale speciale, un efect antipsihotic, stabilizator în condițiile obișnuite. „Microșocurile" psihice curente sînt interceptate prin acest sistem-tampon care, în momentul în care își pierde elasticitatea sau și-o reduce, determină apariția simptomatologiei psihotice de un tip sau altul. Neurolepticele corectează dereglările apărute în acest sistem de control și, prin aceasta, șterg simptomatologia psihotică.

O serie de lucrări au dovedit participarea la reglarea de finețe a sistemului dopaminic a receptorilor dopamin-D_1 și dopamin-D_2. La animale a putut fi demonstrată existența unor dereglări ale acestui sistem, de origine congenitală, care apar încă din perioada prenatală, ducînd la o adaptare nesatisfăcătoare a organismului (STOOF și KEBABIAN, 1981). Această ipoteză ar putea fi valoroasă dacă s-ar dovedi o similitudine în clinica umană, explicînd în mare măsură conceptul de vulnerabilitate, și ar contribui la construirea unui model etiologic plauzibil.

O altă ipoteză, cea avansată de LANGER (1986), se referă la o disfuncționalitate cerebrală psiho-biologică specifică („mal activation"), existentă nu numai la schizofreni, ci și la alte categorii de psihotici: răspunsul scăzut la testul cu tireotrop releasing hormon (TRH). La pacienții cu răspuns tireotropinic scăzut, se poate demonstra cu date statistice existența unei corelații pozitive cu efectul neurolepticelor, ca și un paralelism între normalizarea răspunsului tireotropinic și dispariția simptomatologiei psihotice.

Deși au trecut aproape patru decenii de la introducerea medicației neuroleptice, iar numărul neurolepticelor a crescut în progresie geometrică, nu argumentele teoretice au fost cele care au implementat această terapie. Apariția sa a avut rezultate importante asupra prognosticului fiecărui bolnav în parte și a modificat configurația întregii psihiatrii, căreia i-a schimbat tactica și strategia terapeutică față de cea mai gravă afecțiune cu care se confruntă.

DAVIS (1983) a arătat că de la începutul secolului și pînă în 1950, numărul bolnavilor internați în spitale de cronici a fost în continuă creștere. După această dată, rata internărilor a suferit o veritabilă prăbușire. Printr-un important număr de studii, același autor a arătat că, după un tratament cu neuroleptice timp de 12 săptămîni, 70% din pacienți s-au ameliorat net și numai 10% nu au înregistrat progrese; nici unul dintre pacienți nu a prezentat o înrăutățire a simptomatologiei. În cazul administrării de substanțe placebo, numai 25% au prezentat ameliorări, iar 50% au prezentat înrăutățiri ale stării generale sau o evoluție staționară.

TABEL CLV

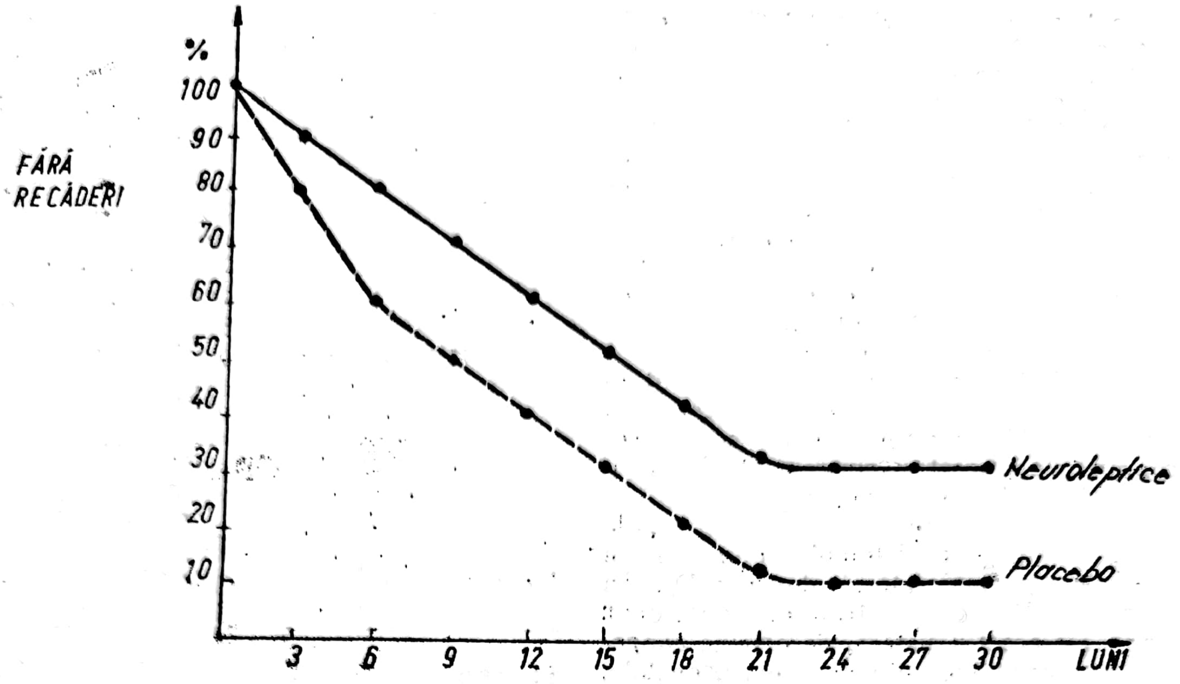
Eficacitatea tratamentului neuroleptic

	Net ameliorat	*Staționar sau înrăutățit*	*Ușor ameliorat*
Neuroleptice	70	10	20
Placebo	25	50	25

Studiile efectuate pe loturi mari au demonstrat efectul profilactic al neurolepticelor asupra recidivelor (apariția unor noi episoade acute) la pacienții stabilizați evolutiv. Dintre pacienții tratați, numai 1/5 au avut recidive după șase luni, față de mai mult de jumătate în cazul celor netratați. Rata de recidivă într-un interval de 18 luni a fost 7—14% pe lună în cazul bolnavilor netratați și numai de 2,5—5% în cazul celor care au primit medicație neuroleptică.

Neurolepticele sînt departe de a fi metoda de tratament ideală a schizofreniei (P. BERNER, G. SCHÖNBECK, 1986), dar ele s-au dovedit a fi cea mai activă dintre metodele biologice, constituind, la ora actuală, punctul nodal al oricărei terapii. În principiu, terapia neuroleptică este indicată în toate formele de schizofrenie, acolo unde nu există contraindicații generate de efectele nedorite ale acestor medicamente.

Primul pas necesar în intervenția terapeutică este legat de precizarea diagnostică, majoritatea autorilor fiind de acord că, pînă la existența unor certitudini, temperanța este singura atitudine rațională și nu opțiunea formală pentru medicația antipsihotică (G. SIMPSON, Ph. MAY, V. PREDESCU). Mai mult, chiar dacă diagnosticul pare să fie de certitudine, o importanță deosebită o are acumularea de date care să influențeze conduita terapeutică de lungă durată. HIRSCH (1982) recomandă, înaintea oricărei terapii, păstrarea unui inter-



RATA RECĂDERILOR CU ȘI FĂRĂ NEUROLEPTICE
(după G.M. SIMPSON și PH. R. MAY,
1985)

val de observație fără administrare de medicamente („drug free observation"), care ar permite eliminarea altor circumstanțe diagnostice, în primul rînd a celor psihogene și a „crizelor de adolescență exagerate" (MAYER, 1984). În cazurile cu simptomatologie floridă, care implică un tratament de urgență, nu este recomandată adoptarea unei atitudini expectative, deoarece „nu este momentul subtilităților psihologice" (GINESTET, PERON-MAGNAN, 1979). Autorii citați socotesc necesară, în aceste circumstanțe, operarea unei distincții între tratamentul imediat și cel al puseului evolutiv în sine :

— tratamentul imediat va utiliza NL cele mai sedative : Droleptan (50 mg × 4/zi), Haloperidol (5 mg × 4/zi), Plegomazin (200 mg/zi), Levomepromazin (50—150 mg/zi), în administrarea intramusculară ;

— în zilele următoare, tratamentul va fi continuat per os cu 20—30 mg Haloperidol sau 80—150 mg Moditen, urmînd să fie individualizat în funcție de forma clinică a schizofreniei și de scăderea fazei de excitație.

Se consideră că simptomele pozitive (halucinații, delir, agitație, tulburări ale gîndirii) sînt cele care răspund la medicația antipsihotică, aceasta neavînd influență asupra simptomelor negative (autism, apatie, anergie), cel puțin în cazul în care ultimele apar fără a fi asociate cu simptome pozitive.

Autorii americani recomandă folosirea dozei test la începerea oricărui tratament antipsihotic. Aceasta constă în administrarea unei doze standardizate (de exemplu : 100 mg clorpromazină sau 2,5 mg flufenazină etc.), cu evaluarea ulterioară a răspunsului pacientului la această doză.

În această evaluare se va lua în considerare modul de administrare, știindu-se că, la administrarea de comprimate, nivelul maxim al absorbției are loc după patru ore, la administrarea de picături este atins după 1—2 ore, iar la administrarea parenterală după 30 de minute. Scopul acestui procedeu ar fi evitarea supra- sau subdozării, care se realizează prin folosirea unor așa-zise „scheme de neuroleptizare".

Medicația administrată parenteral, în primele zile, pacienților agitați care prezintă simptome „pozitive" va fi înlocuită, odată cu apariția sedării, cu administrarea orală. Dacă bolnavul este sedat și doarme fără o medicație suplimentară, doza injectabilă va fi convertită în raport de 1 : 1 ; dacă bolnavul este încă agitat și prezintă încă fenomene productive, deși este sedat, raportul de convertire va fi de

TABEL CLVI

Neuroleptice curente în tratamentul schizofreniei

Denumire generică	*Doza în faza acută*	*Doza de întreţinere*	*Echivalent în mg a 100 mg CPZ*	*Eficacitatea faţă de placebo*		*Avantaje*	*Dezavantaje*
				Mai activ (nr. studii)	*Egal (nr. studii)*		
Clorpromazina	25—800 mg	100—300 mg	100	55	11	generice	învechit ; multe efecte adverse
Flufenazina	5—20 mg	1—15 mg	1,5—2,5	15	0	are şi forme depôt	risc mai crescut de diskinezie tardivă
Haloperidol	1—100 mg	1—15 mg	1,5—2	9	0	are forme de administrare complete	dă sindrom extrapiramidal sever
Perfenazina	16—64 mg	8—16 mg	6—10	5	0	—	—
Trifluoperazina	10—60 mg	4—30 mg	3—5	7	2	are forme complete de administrare şi marjă lungă de administrare	risc crescut de diskinezie tardivă
Tioridazina	300—800 mg	100—300 mg	100	7	0	uşor sindrom extrapiramidal	cardiotoxicitate ; nu este injectabilă
Tiotixene	6—100 mg	4—30 mg	3—5	2	0	nu dă diskinezii tardive ; are forme parenterale	neprecizate

După J.M. DAVIS, G.M. SIMPSON, PH. MAY, 1985, şi L. HOLISTER, 1987

1 : 2 sau 1 : 3. Dozele mult mai mari, pentru care unii optează în cursul aşa-numitei „neuroleptizări rapide", provoacă şi efecte nedorite mult mai mari, fiind cunoscută relaţia directă doză/efect secundar. În cazul pacienţilor care beneficiază de doze parenterale masive, reacţiile distonice acute sînt prezente în majoritatea cazurilor

Apariţia parkinsonismului secundar, mai ales atunci cînd este vorba de debutul bolii, creează reacţii de respingere a medicaţiei atît din partea pacientului, cît şi a familiei acestuia şi poate conduce la eşuarea tratamentului neuroleptic de lungă durată, care va fi şi el respins ca alternativă terapeutică.

Administrarea medicaţiei se face, în primele zile, în prize multiple, pentru ca, ulterior (după prima săptămînă), mulţi autori să opteze pentru o priză unică seara, la culcare, care minimalizează şi efectele secundare din timpul zilei. Se recomandă această posologie, deoarece necesitatea unui tratament de lungă durată impune găsirea unei metodologii cît mai simple, menite să îmbunătăţească mult complianţa. Obţinerea sprijinului familiei bolnavului faţă de formula terapeutică optimă îmbunătăţeşte mult rezultatul terapeutic, avînd uneori rol esenţial.

Începerea oricărei terapii cu NL va fi precedată de un control neurologic complet, de examenul somatic şi de un set de explorări paraclinice : hemoleucograma, transaminazele hepatice, echilibrul hidroelectrolitic, glicemia.

La pacienţii vîrstnici se recomandă efectuarea unei electrocardiograme şi, ori de cîte ori se poate, a unui traseu EEG. Tabloul hematologic va fi urmărit săptămînal în primele 12 săptămîni de tratament.

Decizia privind instituirea tratamentului în staţionar sau în ambulatoriu se poate lua în urma cercetării următorilor parametri :

- gravitatea simptomatologiei ;
- necesitatea de a obţine un rezultat rapid ;
- posibilitatea de a administra dozele terapeutice ;
- posibilitatea de a stăpîni efectele adverse ;
- gradul de periculozitate individuală şi colectivă pe care îl prezintă pacientul.

Există opinia că, în faza de debut, atunci cînd diagnosticul nu este încă stabilit, este oportună o internare chiar de scurtă durată (cel puţin o zi, după autorii americani), care să permită o observare completă a bolnavului. Cu această ocazie s-ar putea lua şi decizia privitoare la locul în care trebuie continuat demersul terapeutic : spital sau ambulator. Pentru pacienţii care, prin fenomenele psihopatologice pe care le prezintă pun în pericol viaţa celorlalţi membri ai comunităţii sau propria lor viaţă, opţiunea pentru internare spitalicească este suverană. De asemenea, atunci cînd nu se poate realiza o supraveghere acceptabilă din partea rudelor, se va opta tot pentru varianta spitalizării.

Medicaţia va fi administrată oral, ori de cîte ori acest lucru este posibil, calea parenterală fiind folosită numai în cazuri excepţionale. Calea intravenoasă este nerecomandabilă deoarece este grevată de pericolul spasmelor cerebrale şi al trombozelor consecutive (MÜLLER, 1984) — riscuri enorme, care nu sînt dublate de vreun avantaj terapeutic. Administrarea de produse depôt la începutul tratamentului este, în ciuda unei aparente comodităţi, neraţională, deoarece, pe de o parte, poate induce efecte adverse a căror combatere devine extrem de dificilă, iar pe de altă parte, împiedică stabilizarea dozelor terapeutice optime. Dozele terapeutice eficiente se situează, după diferiţi autori, în echivalentul a 300—1 500 mg Clorpromazină ;

TABEL CLVII

Autorul	*Anul*	*Doza echivalentă de CPZ*
DAVIS	1983	1 000 mg
SCHEID	1983	500—1 000 mg
LYDIARD	1984	1 500 mg
SIMPSON	1985	800—1 600 mg

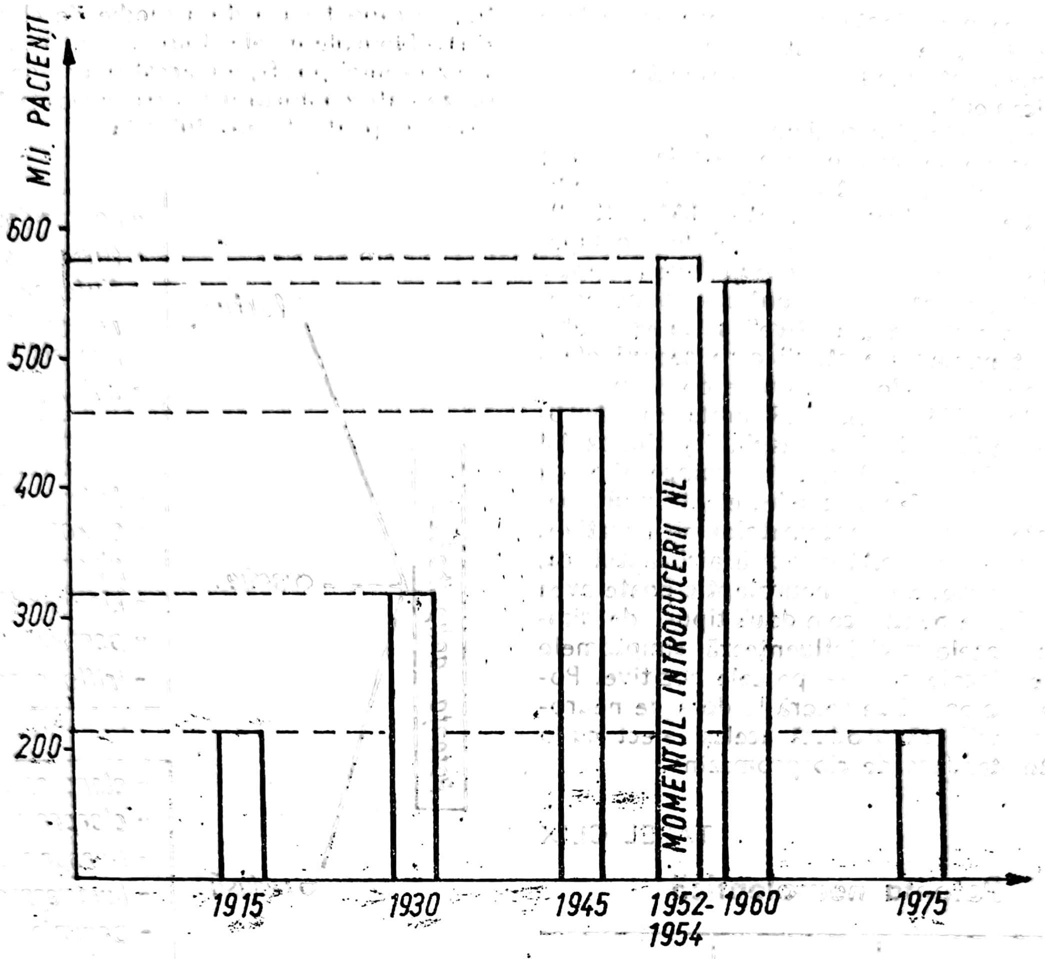
Dozele enorme folosite de diverşi terapeuţi în deceniul trecut (de circa 10 ori mai mari decît cele prezentate mai sus) s-au dovedit a fi inutile şi periculoase, eficienţa lor dovedindu-se numai într-un număr extrem de redus de cazuri (MÜLLER, 1986).

Modul în care se face neuroleptizarea şi obţinerea efectului antipsihotic este privit de pe poziţii diferite de către diverşi autori. Astfel, SCHEID (1983) optează pentru obţinerea unui efect antipsihotic cît mai rapid, considerînd că efectele secundare nu cresc direct proporţional cu doza administrată. Mai recent (1986), MÜLLER consideră că atîta timp cît nu există alte motive, singura atitudine raţională este căutarea dozei optime, care, pe de o parte, evită riscul efectelor secundare, iar pe de altă parte, măreşte complianţa şi evită efortul financiar impus de dozele mari inutile. În opinia sa, în mod obişnuit se începe cu doze zilnice situate la limita inferioară a eficacităţii, folosindu-se acest dozaj timp de o săptămînă. Dacă în acest interval nu s-au obţinut rezultate, doza se dublează în decursul săptămînii următoare. Dacă nici la această doză nu se obţin efectele dorite, doza va fi dublată sau triplată în următoarele două săptămîni. Ineficacitatea terapiei după acest interval trebuie să conducă la schimbarea schemei terapeutice.

În episoadele psihotice foarte grave, doza de atac va fi echivalentă cu 1 000 mg clorpromazină, menţinîndu-se, în principiu, această doză timp de două săptămîni, în funcţie de starea pacientului şi eventualele efecte adverse.

Întrucît modul de interferenţă al diverselor neuroleptice nu este pe deplin elucidat, majoritatea autorilor recomandă monoterapie neuroleptică. Asocierea unui neuroleptic cu potenţial antipsihotic redus (sedativ), în stările de agitaţie, este totuşi recomandată, cu observaţia că administrarea nu trebuie făcută timp prea îndelungat. În cazul eşecurilor terapeutice cu neurolepticul ales, majoritatea autorilor recomandă reluarea încercării terapeutice cu alt neuroleptic şi, în cazul unui nou eşec, încercarea a maximum încă unui produs.

Abordarea simptomatică, conform formelor tradiţional consacrate ale schizofreniei, rămîne o realitate terapeutică, în afara unor consi-



EFECTUL NEUROLEPTICELOR ASUPRA NUMĂRULUI DE BOLNAVI CRONICI INTERNAȚI
(după DAVIS S.U.A.)

derente teoretice mai sofisticate. Cîteva dintre posibilele abordări simptomatice, în opinia autorilor francezi (GINESTET, PERON-MAGNAN, ZARIFIAN și CHEVALIER), sînt prezentate în următorul tabel :

TABEL CLVIII

Simptomul	*Neurolepticele*	*Doza zilnică*
Anxietatea și hipocondria schizofrenică	— clorpromazin — levomepromazin — clotiapină	200—500 mg 100—300 mg 80—160 mg
Delirul	— flufenazină — haloperidol — trifluoperazină	30—100 mg 5— 20 mg 10— 80mg

CONTINUARE TABEL CLVIII

Halucinațiile	— haloperidol	5—
Stuporul	— neuroleptice	dozele uzuale
Autismul	— sulpirid — flupentixol — pimozid (ORAP) — carpimipramină	200—300 mg 6— 12 mg 4— 12 mg 50—150 mg
Catatonia	— haloperidol	5— 20 mg (i.m.)
Tulburările comportamentale	— propericiazină — pipamperone	30— 80 mg 40—120 mg

Alegerea neurolepticului cu care se va face tratamentul ţine de următorii factori :

— experienţa medicului cu respectivul medicament ;
— starea clinică a pacientului ;
— efectele secundare care apar la bolnav ;
— răspunsul obţinut la pacient cu o medicaţie anterioară (P. R. MAY, 1968).

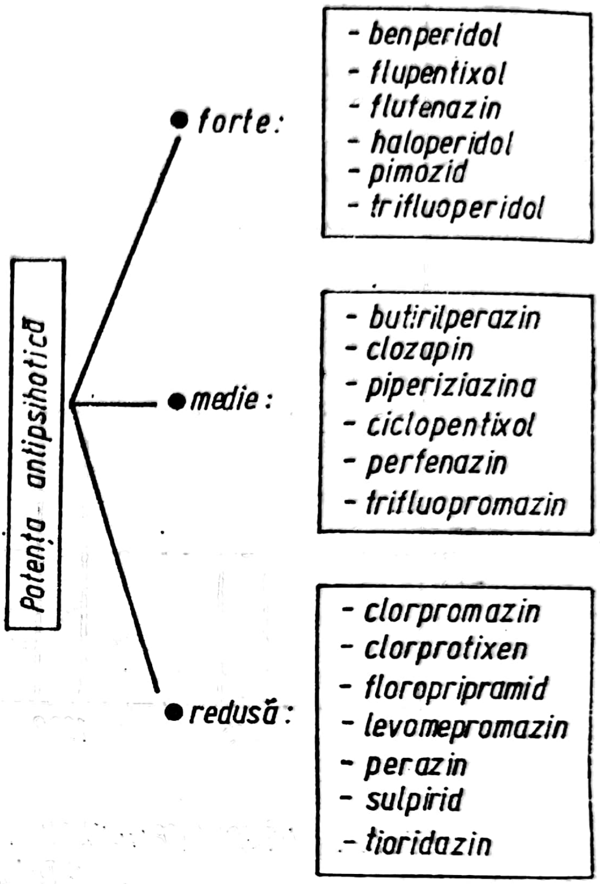
În principiu, nu se poate vorbi despre superioritatea antipsihotică a vreunui neuroleptic dar, odată cu tratarea diferenţiată a simptomatologiei (simptome „pozitive" şi „negative"), au apărut numeroase studii care separă efectele terapiei pe cele două grupe de simptome. Astfel, în 1985, MELTZER arată că neurolepticele ca Sulpiridul, Clozapinul şi Pimozidul (Difenilbutilpiperidin) au, în comparaţie cu Haloperidolul şi fenotiazinele, efecte mult mai pregnante asupra simptomatologiei negative. O problemă deosebită o ridică aici faptul că, la doze diferite, acelaşi neuroleptic poate avea efecte diferite pentru cele două tipuri de simptome : dozele mici influenţează simptomele negative, dozele mari — pe cele pozitive. Potenţa neuroleptică se referă la doza de neuroleptic capabilă să producă acelaşi efect cu o cantitate standard de clorpromazină.

TABEL CLIX

Potenţa neuroleptică

Denumire	*Doza medie (mg)*	*Potenţa neuroleptică (CPZ = 1)*
Trifluoperidol	2— 8	200
Benperidol	1— 6	100
Haloperidol	2— 20	60
Pimozid	4— 20	60
Flupentixol	2— 10	50
Flufenazin	5— 20	30
Perfenazin	12— 64	8
Periciazin	15—150	5
Trifluopromazin	75—300	2
Clorpromazin (CPZ)	150—600	1
Clorprotixen	150—600	0,8
Levomepromazin	100—600	0,8
Tioridazin	200—700	0,7
Sulpirid	100—800	0,5
Perazin	75—600	0,5
Clozapin	25—600	0,5

Potenţa antipsihotică se referă la efectul asupra semnelor „pozitive" şi agitaţiei din schizofrenie, obţinut cu o doză medie de neuroleptic, în raport cu o doză medie de clorpromazină. Neurolepticele folosite în tratamentul schizofreniei pot fi, din acest punct de vedere, prezentate conform următoarei clasificări, care însă nu poate fi absolutizată :



Acţiunea sedativă a neurolepticelor, spre deosebire de cea antipsihotică, este nespecifică, părînd să fie legată de activitatea alfa-adrenergică şi de cea antihistaminică pe care aceste medicamente ar exercita-o. Ea apare şi la subiecţii sănătoşi şi este diferită de sedarea agitaţiei psihomotorii psihotice. În timpul tratamentului, apare toleranţa la acţiunea sedativă a neurolepticelor. În tratamentul schizofreniei, efectul sedativ poate fi uneori căutat, dar poate reprezenta şi un efect intrinsec al medicaţiei, pe care terapeutul nu-l doreşte. Fenotiazinele cu catenă laterală alifatică au cea mai puternică acţiune sedativă (levomepromazină) ; difenilbutilpiperidinele nu au practic nici o acţiune sedativă (Pimozid).

Pornindu-se de la „profilul psihopatologic" al fiecărui neuroleptic, s-a încercat, în următorul tabel, prezentarea unora dintre cele mai cunoscute produse, cu precizarea că efectele înregistrate se obţin la doze obişnuite de administrare :

TABEL CLX

Profilul psihopatologic de acţiune în schizofrenie a unor neuroleptice

(după TISSOT, KALINOWSKY, GAERTNER)

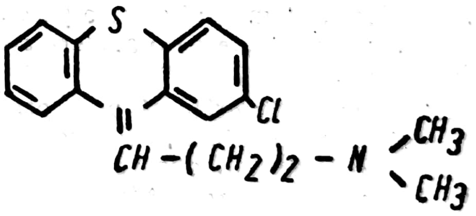
Acţiune / Denumire	*Asupra simptomelor pozitive*	*Asupra simptomelor negative*	*Sedativă*	*Anti-depresivă*	*Depre-sogenă*	*Deliro-genă*	*Simptome extra-piramiale*
Clorpromazin	++	+	++	+	+	+	+
Flufenazin	++	+	+	0	++	0	++
Haloperidol	++	+	0	0	+	0	++
Perfenazin	++	+	+	0	+		++
Trifluoperazin	++	+	+				+
Tioridazin	+	+	++				+
Tioproperazin	++	+					++
Levomepromazin	+	+	++	+	0	+	+
Pimozid	++	+	0	+	0	0	++
Sulpirid	+	++	0	+	0	0	+
Cisclopentixol	++	+	++	0	+		++
Flupentixol	+	+		0	+		++

Un alt efect căutat în terapia schizofreniei şi care poate conta în alegerea neurolepticului este cel antidepresiv, semnalat prin studii controlate de ANGST (1970) şi KLEIN (1981). Preparatele cu acţiune antidepresivă notabilă sînt Pimozidul şi Sulpiridul, iar dintre cele cu formulă triciclică : Clorprotixenul, Levomepromazina, Tioridazinul, Dixirazinul. O corelaţie doză/efect nu s-a putut stabili, dar este de subliniat că aceste produse pot fi folosite în formele în care depresia face parte din tabloul clinic, ca şi în asociere cu alte neuroleptice cu efect depresogen.

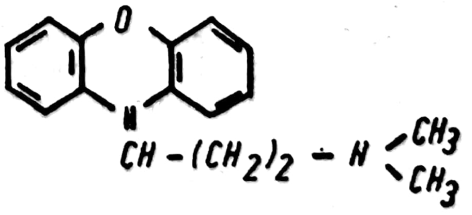
Instituirea oricărei terapii neuroleptice în schizofrenie, ca şi alegerea neurolepticului potrivit, este grevată de existenţa unei largi game de efecte nedorite, pe care medicamentele din această clasă le provoacă. Cunoaşterea acestora este legată, pe de o parte, de posibilitatea de a le corecta, iar pe de altă parte, de necesitatea de a face o altă selecţie atunci cînd apariţia lor pune în pericol întreaga strategie terapeutică.

Tulburările motorii sînt cele mai frecvente efecte secundare ale neurolepticelor şi ele pot îmbrăca următoarele forme :

— *parkinsonismul* : tulburare constînd în apariţia unui tremor fin al extremităţilor (de obicei, mai fin ca în boala Parkinson), imobilitatea feţei, bradikinezie, vorbire monotonă, dificultăţi în mişcări voluntare, mai rar feno-



CLORPROTIXEN



DOXEPINE

mene de „roată dinţată", senzaţie subiectivă de slăbiciune, însoţită de o dispoziţie depresivă. Apare la 10—60% din pacienţii trataţi cu neuroleptice, depinzînd direct de doză şi de potenţa antipsihotică. KALINOWSKY (1982) a notat faptul paradoxal că, la doze foarte mari, incidenţa parkinsonismului poate fi redusă. Apare, de asemenea, în relaţie cu vîrsta pacientului, fiind mai frecvent la vîrstnic. Parkinsonismul apare, de obicei, după luni sau săptămîni de la începutul tratamentului şi, de regulă, este reversibil la întreruperea neurolepticului. Răspunde favorabil la administrarea de anticolinergice ; la scoaterea treptată din tratament a acestor medicamente, fenomenele parkinsoniene nu mai apar ;

— *diskinezia acută* se manifestă sub forma unor spasme cu caracter bizar, care apar brusc, afectînd mai ales musculatura feţei, gîtului şi trunchiului. Se instalează, de obicei, după primele 24—48 de ore de tratament (uneori după prima oră de la administrare) şi sînt mai frecvente la bărbaţi, la tineri si copii (SCHÖNBECK, LANGER, 1982). Subiectiv, sînt trăite ca anxiogene, foarte neplăcute, mai ales cînd se produc plafonarea privirii şi/sau spasme ale limbii, antrenînd dificultăţi de vorbire şi deglutiţie. Apariţia lor este mai frecventă la administrarea unor doze masive ; de regulă, apar la 5% dintre subiecţii cărora li se administrează neuroleptic. Diagnosticul diferenţial al crizei diskinetice este uneori dificil, trebuind să fie făcut cu epilepsia motorie, tetania şi chiar cu reacţiile isterice. Administrarea unui anticolinergic intravenos poate tranşa diagnosticul ducînd la oprirea crizei. Ulterior, tratamentul se face parenteral sau per os şi se însoţeşte de o scădere a dozei neurolepticului ;

— *acatizia* se caracterizează prin prezenţa unei agitaţii psihomotorii, a incapacităţii subiectului de a sta liniştit, aşezat sau în picioare. Subiectiv, este resimţită ca o senzaţie de tensiune interioară şi este însoţită de anxietate si disforie, apariţia acestui simptom putînd să înrăutăţească tabloul schizofreniei sau să atragă refuzul medicaţiei neuroleptice. Poate apărea după primele cîteva zile de tratament şi, mai frecvent, după primele cîteva săptămîni. În opinia lui GAERTNER (1983), înlocuirea piperazinelor cu fenotiazinele duce la amendarea acestei simptomatologii De asemenea, dacă acatizia se instalează în primele zile de tratament neuroleptic, ea răspunde bine la medicaţia antiparkinsoniană, dar cea care apare mai tîrziu este mult mai dificil de tratat şi necesită întreruperea neurolepticului sau reducerea sa masivă. BALDESSARINI (1980) recomandă introducerea de benzodiazepine, ca medicaţie în astfel de situaţii ;

— *diskinezia tardivă* este o complicaţie a tratamentului de lungă durată, constînd dintr-un sindrom hiperkinetic cu mare variabilitate, mişcări coreiforme, atetozice şi stereotipii, sincinezii. Aria facială este mai frecvent afectată, existînd numeroase manifestări legate de mişcările limbii, înghiţit, mestecat. Prevalenţa acestei tulburări este încă neclară, fiind apreciată, după diferite statistici, între 0—50% şi 3—30% (după FANN, 1980), autorii americani considerînd mai acceptabilă cifra de 10—20% (G. SIMPSON şi Ph. MAY, 1985). Apariţia diskineziei tardive ar fi în raport cu vîrsta pacientului (studii recente au arătat că 10% sînt, de fapt, diskinezii senile), cu doza totală de neuroleptic administrat, cu durata administrării şi cu apariţia fenomenelor extrapiramidale în fazele de început ale terapiei. Nu există date certe despre potenţialul fiecărui neuroleptic de a induce diskinezii tardive, cu excepţia Clozapinului (KALINOWSKY, 1982), care este acreditat cu această proprietate. În patogeneza diskineziilor tardive, a fost incriminată o hipersensibilizare a receptorilor dopaminici din sistemul striat. Singura terapie care este eficientă în diskinezia tardivă este întreruperea neurolepticului pentru cîteva luni (P. BERNER, G. SCHÖNBECK). S-au constatat ameliorări la administrarea de Tiaprid, Propranolol, Piracetam, benzodiazepine (MÜLLER, 1986). Măsurile de prevenire a diskineziei tardive trebuie instituite la apariţia celor mai mici semne diskinetice, în special în zona orofacială : reducerea la nivel minim a dozei terapeutice, folosirea de antiparkinsoniene, folosirea alternativă a terapiei cu litiu în formele schizoafective, atunci cînd aceasta s-a dovedit activă.

Dintre *efectele secundare* ale neurolepticelor, care afectează sistemul nervos vegetativ, pot fi menţionate :

— *sindromul neuroleptic malign* manifestat prin hipertermie pînă la 42°, rigiditate musculară, catatonie, anizocorie, reflex Babinski pozitiv, tremor, fasciculaţii şi crampe musculare, tulburări de vigilitate, labilitate a tensiunii arteriale cu tendinţă de colaps, tahicardie, tahipnee, hipersalivaţie. Mortalitatea poate atinge 25%, prin complicaţii renale sau pulmonare. Tulburarea poate apărea în faza de instituire a tratamentului (mai ales cu neuroleptice cu potenţial antipsihotic ridicat), la 5—10 zile de la întreruperea tratamentului sau în cursul unor tratamente de lungă durată, fără nici un motiv aparent. Patogeneza acestei complicaţii este neclară ; o ipoteză recentă, aparţinînd lui SPIESS-KIEFER şi HIPPIUS (1986), consideră că există un paralelism cu hipertermia malignă, afecţiune ereditară. Acest paralelism s-a dovedit benefic pe plan terapeutic, folosirea produsului Dantrolen fiind eficace în 7 din 8 cazuri ;

— tulburările digestive, sînt în general minore : uscăciunea gurii sau hipersalivaţie, constipaţie sau diaree. Scad după primele 7—14 zile de tratament şi nu mai reapar, indiferent de durata tratamentului. Se consideră că neurolepticele cu acţiune antipsihotică mai accentuată dau mai puţine efecte vegetative decît cele cu acţiune antipsihotică redusă.

Efectele secundare *de tip alergic* sînt următoarele :

— dermatitele alergice, care apar mai ales în cazul folosirii Clorpromazinei (5—10% din bolnavii trataţi cu acest produs — GAERTNER, 1983). Eritemul cedează fără măsuri specifice ;

— fotosensibilitatea, constînd dintr-o pigmentare gri-roşiatică pe suprafeţele expuse la lumina solară, apare în tratamentele cu fenotiazină. Impune măsuri de protecţie a zonelor afectate şi evitarea expunerii la soare ;

— retinopatia pigmentară apare în tratamentul cu Tioridazin şi poate determina tulburări de vedere, dacă nu este depistată la timp. Apare la doze mai mari de 1 600 mg pe zi, folosite perioade îndelungate (uneori, în cazuri izolate, apare şi la doze mai mici, între 800—1 600 mg). Necesitatea controlului oftalmologic periodic este impusă de posibilitatea apariţiei acestei complicaţii în tratamentele de lungă durată ;

— agranulocitoza este o complicaţie rară, dar foarte gravă (cu prognostic letal în 30—40% din cazuri — KALINOWSKY, 1982). Incidenţa ei este de la 1/25 000 la 1/3 000 de cazuri, fiind mai crescută la persoanele vîrstnice şi în cursul administrării de neuroleptice triciclice. Apare în cursul celei de a cincea săptămîni de tratament şi este legată, se pare, de o predispoziţie individuală constînd dintr-o tulburare enzimatică, producînd, alături de acţiunea toxică a neurolepticelor, blocarea sintezei de ADN.

Semnele clinice ale agranulocitozei sînt : instalarea bruscă a febrei, infecţii ale cavităţii bucale, infecţii digestive şi pulmonare, care pot evolua spre septicemie. Gravele tulburări de acest tip pot fi prevenite prin controale repetate ale formulei sanguine, cu oprirea medicaţiei neuroleptice atunci cînd numărul leucocitelor scade sub 4 000/mm^3. Unele produse de tipul Clozapinului au un potenţial agranulocitar mai accentuat.

Dintre efectele secundare *metabolice* sau care afectează diferite organe vitale, se menţionează :

— efecte endocrine : galactoreea, amenoreea, congestia sinilor, care ar apărea ca rezultat al stimulării secreţiei de prolactină. Sulpiridul şi Tioridazinul sînt neurolepticele care conduc cel mai frecvent la aceste tulburări. Sînt semnalate relativ frecvent tulburările de erecţie, ejaculare, scăderea libidoului şi orgasmului, dar nu se poate stabili dacă ele se datorează medicaţiei sau bolii ;

— creşterea în greutate şi modificările metabolismului glucidic apar chiar la administrarea de doze mici de Clorpromazină (ERLE, 1977), Tioridazin, Flufenazină, ceea ce impune, în cazul bolnavilor diabetici, luarea unor măsuri speciale de protecţie. La clasele noi de neuroleptice, de tip Loxapin şi Molindon (DASS, 1979), s-a semnalat scădere în greutate ;

— tulburările hepatice constau în creşteri pasagere, la începutul terapiei, a transaminazelor şi, mai rar, a fosfatazei alcaline (în 20—30% din cazuri, după BANER, 1983). Această modificare este considerată un accident alergic banal şi nu impune măsuri terapeutice deosebite. Icterul colestatic poate apărea după 3—4 săptămîni de tratament şi este de intensitate medie. După GAERTNER, incidenţa lui ar fi de 0,05—3%, în cazul Haloperidolului, şi de 0,2—12,5%, în cazul Clorpromazinei. Dispare la oprirea administrării neurolepticului. Dacă în antecedentele bolnavului există un episod icteric neuroleptic, butirofenonele vor fi preferate fenotiazinelor (GINESTET, PERON-MAGNAN, 1979) ;

— tulburările cardiovasculare constau în hipotensiune ortostatică, colaps, ischemie coronariană. Apar mai frecvent la vîrstele extreme şi la bolnavii cu afecţiuni cardiace în antecedente. Incidenţa lor este de circa 20%, fiind mai crescută în cazul neurolepticelor cu potenţial antipsihotic scăzut şi în cazul administării parenterale.

Pe traseul EKG, principalele modificări care apar sînt : denivelarea segmentului ST, aplatizarea undelor T şi U şi creşterea intervalului QT. Tioridazinul provoacă cele mai multe modificări, avînd o puternică acţiune alfa-adrenolitică. Neurolepticele au, pe de o parte, o acţiune antiaritmică, dar, pe de altă parte, şi un potenţial aritmogen, mai ales în cazul fenotiazinelor. Efectul hipotensor trebuie să fie urmărit sistematic în terapia bolnavilor (hipertensivii se află într-o situaţie avantajoasă). Moartea subită survine la unii pacienţi care primesc medicaţie antipsihotică, fără să existe posibilitatea prevederii acestui accident.

Efectele neuropsihice nedorite au fost studiate mai bine în ultima perioadă și ele sînt importante în tratamentul schizofreniei, deoarece creează o metasimptomatologie destul de accentuată. Aceste efecte sînt :

— creșterea potențialului convulsivant, care apare net exprimată în cazul unor NL cum ar fi : Clorprotixenul, Clorpromazina, Prometazina, Perfenazinul (ITIL și SOLDATOS, 1980). Se afirmă că Tioridazinul, Flufenazina și, în special, Melperonul au o acțiune epileptogenă practic nulă. Creșterea rapidă a dozei de NL sau întreruperea bruscă a administrării lor poate produce crize motorii. Frecvența crizelor este sub 1%. Pe traseul EEG, în special NL sedative provoacă apariția de unde lente și tendința de hipersincronism. Se impun măsuri de adecvare a tratamentului anticomițional la schizofrenii care au și epilepsie, în cazul instituirii tratamentului neuroleptic ;

— acțiunea delirogenă se manifestă la bolnavii cu o sensibilitate deosebită pentru NL sau care au și alte afecțiuni cerebrale organice. Apare mai ales la NL cu potențial antipsihotic redus (probabil, prin acțiunea anticolinergică a acestora), în special la creșterea dozei. Fizostigmina combate rapid acest efect ;

— acțiunea depresogenă a neurolepticelor a fost notată de MÜLLER (1981), în studii controlate, la peste 60% din bolnavii schizofreni care făceau tratamente de lungă durată cu neuroleptice depôt. Există opinia că acest procent este exagerat, depresia datorîndu-se nu atît efectelor „depresogene" ale neurolepticelor, cît ștergerii altor fenomene psihopatologice mai grave (prin efectul antipsihotic), cu trecerea în prim plan a tabloului depresiv, asupra căruia anumite neuroleptice nu ar avea nici un efect.

După V. PREDESCU (1988), fenomenele depresive care apar în urma unui episod psihotic acut pot fi : depresia developată (prin ștergerea fenomenologiei schizofrenice), depresia de conștientizare (reactivă la înțelegerea gravității diagnosticului), depresia farmacogenă (prin presupuse efecte intrinsece ale medicației neuroleptice), depresia extrapiramidală (fenomene extrapiramidale asemănătoare depresiei akinetice), depresia caracteriogenă (fenomen preexistent, care reapare după ștergerea psihopatologiei adăugate). Rareori sindromul depresiv este franc, însoțit de durere morală, iar ideile suicidare sînt inconstant exprimate. Totuși, potențialul suicidar este ridicat, sinuciderea realizîndu-se violent (GINESTET și colab.).

Medicația antiparkinsoniană scade efectul depresogen al neurolepticelor, indiferent de intensitatea efectului extrapiramidal. Evitarea supradozării duce la scăderea efectelor depresogene. Asocierea cu antidepresivele este adesea utilă.

Principalele efecte nedorite în terapia cu neuroleptice a schizofreniei sînt :

- tulburări motorii :
  - — parkinsonism ;
  - — diskinezie acută ;
  - — acatizie ;
  - — diskinezie tardivă ;
- tulburări ale SNV :
  - — sindrom neuroleptic malign ;
  - — tulburări digestive ;
- efecte alergice :
  - — dermatite ;
  - — fotosensibilitate ;
  - — retinopatie pigmentară ;
  - — agranulocitoză ;
- tulburări organo-metabolice :
  - — tulburări endocrine ;
  - — creștere în greutate ;
  - — tulburări hepatice ;
  - — tulburări cardiovasculare ;
- efecte psihice :
  - — creșterea potențialului convulsivant ;
  - — acțiune delirogenă ;
  - — acțiune depresogenă

Analiza acestor efecte nedorite conduce și la stabilirea principalelor contraindicații ale folosirii unor neuroleptice în schizofrenie, sublinierile făcute sugerînd posibilitatea alegerii neurolepticelor care relativizează contraindicațiile, prin expunerea mai redusă sau absența unor efecte adverse.

TABEL CLXI

Principalele contraindicații
(după SCHEID)

Contraindicația	*Efectul secundar care o motivează*
— glaucom — hipertrofie de prostată — stenoză pilorică — sindroame organice cerebrale	— efectul anticolinergic al neurolepticelor
— ateroscleroză cerebrală — boli cardiovasculare sau pulmonare grave	— efectele asupra sistemului circulator și oscilațiile tensionale
— insuficiență hepatică	— colestază și tulburări enzimatice
— boala Parkinson	— supraadăugarea parkinsonismului medicamentos
— crize comițiale	— scăderea pragului convulsivant
— diateză alergică	— potențialul dermatologic și efectul asupra sistemului hematopoetic
— alergii cunoscute ale pielii	— fotosensibilizarea și pigmentarea ireversibilă
— boli ale sistemului hematopoetic	— agranulocitoză și pancitopenie
— alcool, opiacee, barbiturice	— potențarea efectelor

Decizia privind echilibrul dintre efectele pozitive ale unei terapii neuroleptice și riscul efectelor secundare care pot apărea nu aparține medicului decît în fazele inițiale ale tratamentului unor episoade acute. Ulterior, și mai ales în momentul instituirii terapiei de lungă durată, implicarea pacientului în această decizie trebuie făcută cu necesitate, complianța terapeutică fiind astfel semnificativ îmbunătățită.

Așa cum arată KLEIN (1981), în asumarea acestei decizii medicul trebuie să știe să exploateze acele argumente și explicații care să conducă la acceptarea subiectivă de către bolnavi a unor dificultăți inerente, terapeutul fiind singurul în măsură să aibă viziunea globală a evoluției cazului în circumstanța terapeutică pentru care optează. Instituirea terapiei neuroleptice în episoadele acute, în absența contraindicațiilor, pare a fi o alternativă unică, susținut de următoarele argumente :

- rezultatele mai bune sau cel puțin egale cu ale oricărei alte terapii biologice ;
- dispariția aproape totală din clinică a „schizofreniilor catastrofale" și a formelor foarte grave, după apariția NL (M. BLEULER, 1972) ;
- scurtarea duratei primelor episoade și a duratei spitalizării după tratamentul neuroleptic (MÜLLER și von ZERSSEN, 1986) ;
- dispariția simptomelor productive, atit în episoadele acute, cît și în fazele de remisiune, într-un interval scurt.

Argumentele împotriva instituirii unui astfel de tratament, deși par nesemnificative, trebuie luate în discuție, fiind uneori prezentate de bolnav sau de familia acestuia sau etalate de „terapeuți" fără formație medicală :

- apariția de efecte adverse, uneori deosebit de grave și de neplăcute pentru pacient (în special, cele extrapiramidale) ;
- riscul unui sindrom malign (așa cum s-a arătat, acesta este deosebit de redus și, în prezent, a devenit facil de stăpînit terapeutic) ;
- crearea premiselor apariției diskineziei tardive, prin folosirea tratamentului neuroleptic masiv (hipersensibilizarea receptorilor dopaminici postsinaptici) ; ma-

joritatea autorilor sînt de acord că acest risc este nesemnificativ (von KLINE, 1981) ;

- apariţia recăderilor, în absenţa unei terapii cu doze mari (rebound neuroleptic) ; acest fapt este rareori confirmat şi trădează adesea mai degrabă o alegere inadecvată a neurolepticului, decît nevoia de a folosi doze mari ;
- „mascarea" de către medicaţia neuroleptică a unei remisiuni spontane a boli (acest argument este caduc în toate circumstanţele, cu excepţia celei în care, fortuit, s-a înregistrat la bolnavul respectiv o evoluţie de acest tip).

TABEL CLXII

Relaţia dintre doze şi efectul neuroleptic

(după L. HOLLISTER, 1987)

	Doză terapeutică minimă eficientă (mg)	*Limtele dozei zilnice*
Clorpromazina	100	100—1 000
Tioridazin	100	100— 800
Mesoridazin	50	50— 400
Trifluoperazin	5	5— 60
Perfenazin	10	8— 64
Flufenazin	2	2— 20
Tiotixen	2	2— 120
Haloperidol	2	2— 20
Loxapin	10	20— 160

Instituirea terapiei neuroleptice de lungă durată este generată de următoarele constatări :

- terapia stabilizează remisiunile ;
- terapia are efect profilactic faţă de recidive ;
- terapia şterge sau minimalizează simptomatologia.

Studiile sistematice ale lui LYDIARD şi colab., von ZERSSEN şi MÜLLER arată că 10 pînă la 20 dintre bolnavii care au urmat o terapie de întreţinere nu au avut recăderi, iar 30—40% au făcut recăderi mult mai uşoare decît episoadele de dinaintea instituirii acestei terapii.

Dintre dezavantajele terapiei de lungă durată, cel mai important pare să fie apariţia diskineziilor tardive (la 25% din pacienţi). Alte efecte adverse, cum ar fi : scăderea potenţei, tulburări de ciclu menstrual, creşterea în greutate sînt de luat în consideraţie, pentru apariţia necomplianţei faţă de această terapie.

Efectul depresogen care se înregistrează, mai ales la terapia depôt, este un factor important în ceea ce priveşte instalarea „noncomplianţei", ca şi existenţa riscului suicidar.

HELMCHEN (1979) stabileşte cîteva principii ale terapiei de lungă durată :

- după un prim episod psihotic bine remis, tratamentul va fi continuat 3—12 luni, în cazul în care fenomenele postpsihotice sînt minime ;
- dacă după un episod psihotic apar recidive, la o durată de cîteva luni, tratamentul va dura cel puţin 5 ani ;
- în formele în care unele simptome persistă între episoadele psihotice (remisiune cu defect psihotic), terapia va fi menţinută un interval nelimitat de timp.

P. BERNER şi G. SCHÖNBECK (1986) afirmă că, în cazul remisiunilor foarte bune (restitutio ad integrum), al existenţei unui mediu socio-familial protectiv şi comprehensiv, al formelor afective ale bolii, care răspund la terapia cu litiu, condiţiile lui HELMCHEN pot fi modificate şi nu sînt obligatorii. În restul cazurilor, autorii germani insistă asupra respectării acestor condiţii. Într-o formă mai simplificată, GINESTET şi colab. (1979) afirmă că legitimitatea chimioterapiei prelungite în schizofrenie este confirmată de majoritatea studiilor controlate, care arată că medicaţia trebuie menţinută cel puţin 18 luni de la debutul bolii, pentru oricare dintre forme. După doi ani de tratament, într-un număr de cazuri, se justifică încercarea unei „vacanţe" chimioterapeutice. După autorii francezi citaţi sînt posibile trei tipuri de evoluţie sub medicaţia de întreţinere :

- în formele productive rău controlate de chimioterapie, scăderea dozelor duce la apariţia sindromului delirant, halucinator sau mixt şi se impune menţinerea permanentă a terapiei ;
- după mai multe pusee evolutive, eficace tratate, perioadele de remisie sînt tot mai satisfăcătoare şi, în acord cu bolnavul, se poate încerca oprirea terapiei ;

- evoluția la un aspect deficitar, care face necesară o reorientare terapeutică, constînd în folosirea neurolepticelor dezinhibitorii (de cele mai multe ori, în doze minimale) ; aceasta poate conduce la una dintre cele două situații precedente.

Potrivit autorilor americani, decizia de menținere a tratamentului nu este justificată decît de persistența unei simptomatologii sau de cel puțin două episoade psihotice într-un an. Subiecții care au primit medicația antipsihotică ca tratament al unui episod acut vor continua această terapie cel puțin șase luni, după care reducerea dozelor se va face treptat.

Decizia de continuare a tratamentului trebuie, după părerea acestor autori, să aibă următoarele două calități :

- să fie eclectică și flexibilă ;
- să țină cont de cerința de a folosi cel puțin o cantitate de neuroleptic, care să mențină pacientul la un nivel optim de adaptare, cu posibilitatea unei creșteri rapide a dozelor în cazul acutizării simptomatologiei (Ph. MAY, 1985).

Doza de întreținere trebuie, după marea majoritate a autorilor, să fie cît mai redusă, pentru a evita acele efecte care scad „complianța" și, prin aceasta, duc la întreruperea tratamentului de către bolnav.

KESSLER și WALETZKY propun scăderea trimestrială a dozelor, după ieșirea din staționar, pînă la atingerea nivelului de 20—30% din doza tratamentului episodului acut. TISSOT recomandă scăderea la 50% din doza minimă din timpul episodului acut. HOGARTY stabilește că doza de întreținere trebuie să se înscrie între 200—400 mg clorpromazină (echivalentul neuroleptic al acestei cantități), iar TISSOT arată că, sub 300 mg, efectul antipsihotic dispare întotdeauna. KONE arată că, la o concentrație de zece ori mai mică de medicament decît cea din timpul episodului acut, nu se mai poate vorbi de o medicație care previne recidivele. Într-un studiu foarte recent, MÜLLER recomandă stabilirea prin tatonare, la fiecare pacient în parte, a dozei de întreținere, diferențele individuale putînd fi foarte mari. În principiu, acest autor optează pentru cantonarea tratamentului în jurul dozei de 200 mg echivalent neuroleptic al clorpromazinei. El atrage atenția asupra posibilității apariției fenomenului de rebound neuroleptic.

Problema alegerii modului de administrare a medicației de întreținere, între medicația standard și cea depôt, este în principiu rezolvată în favoarea ultimei, care „a introdus o rigoare și o dimensiune psihologică nouă în chimioterapia prelungită a schizofreniei" (GINESTET, PERON-MAGNAN). Această medicație este mai ușor acceptată de bolnav, care se consideră astfel mult mai puțin dependent de tratament. Un studiu original făcut pe 800 de bolnavi dispensarizați (GORGOS și colab., 1984) a arătat că, în cazul terapiei depôt, gradul de inserție socio-profesională este, în peste 30% din cazuri, mai ridicat decît al bolnavilor care primeau neuroleptice standard. Unele studii arată că nu există diferențe, în ceea ce privește profilaxia recidivelor, între medicația depôt și cea standard (SCHOOLER, 1980).

Medicația depôt nu este mai frecvent incriminată în apariția diskineziilor tardive, așa cum s-a crezut inițial (TISSOT, 1982), dar este mai frecvent cauza apariției sindromului depresie-apatie (ALCRON, CORNEY, RIFKIN, PREDESCU).

Avantajele medicației depôt sînt prezentate de DENIKER și colab. (1980) astfel :

- asigurarea dozei zilnice de medicament ;
- simplitatea administrării, care facilitează stabilirea unei relații psihoterapeutice deosebite ;
- reducerea dozei totale și, în consecință, a riscului global de apariție a efectelor toxice ;
- posibilitatea de a antrena medicul de medicină generală în tratamentul de lungă durată al schizofreniilor ;
- evitarea riscului de sinucidere prin supradozare.

Medicația depôt trebuie introdusă în conduita terapeutică obișnuită, imediat ce s-a putut stabili doza care asigură profilaxia prevenirii recăderilor (MÜLLER, 1986). În echivalarea acestor doze, vor fi folosite tabelele de transformare, alegîndu-se preparate cît mai înrudite (cazul ideal, același neuroleptic) cu neurolepticul care a asigurat depășirea episodului acut.

TABEL CLXIII

Principalele neuroleptice retard în tratamentul schizofreniei (după P. DENIKER, D. GINESTET, H. LÔO)

Clasa chimică	*Denumirea*	*Denumirea comercială*	*Durata efectului*	*Posologie*
Derivați fenotiazinici	enantat de flufenazină	Moditen retard	14	12,5—100 mg
	decanoat de flufenazină	Modecate	28	25—150 mg
	undecilenat de pipotiazină	Piportil M 2	14	12,5—100 mg
	palmitat de pipotiazină	Piportil L 4	28	25—150 mg
Derivați de tioxantenă	decanoat de flupentixol	Fluanxol	14	20—100 mg
Derivați de difenilbutilpiperidină	penfluridol	SEMAP	7	10—40 mg

Încă de la introducerea neurolepticelor în tratamentul schizofreniei, au fost căutate o serie de semne și/sau caracteristici biologice care să ușureze predicția asupra rezultatului de etapă sau global al terapiei. Au fost delimitate două serii de predictori : biologici și clinici.

TABEL CLXIV

Predictori biologici și clinici generali în tratamentul schizofreniei cu neuroleptice

Predictori	*Pozitivi*	*Negativi*
● *BIOLOGICI*		
— sexul	feminin	masculin
— frecvența EEG	modificată	normală
— atrofie cerebrală	prezentă	absentă
— reactivitatea psihofizică	normală	paradoxală
— răspunsul la stimularea cu TRH	scăzut	normal
— răspunsul la stimularea cu apomorfină	STH crescut în ser	normal în ser
— răspunsul la 48 de ore de la administrarea de NL	pozitiv	redus
— tratament test cu amfetamine	simptome psihotice	fără rezultat
● *CLINICI*		
— tipul simptomatologiei	productivă	deficitară
— vîrsta de debut	tardivă	precoce
— debutul	acut	insidios
— personalitatea premorbidă	echilibrată	explozivă
— stabilitatea în relațiile cu ceilalți	crescută	redusă
— încărcătura familială cu boli afective	mare	absentă
— statutul profesional	ridicat	scăzut
— integrarea socioprofesională	bună	rea

Nici unul dintre acești predictori nu sînt concludenți în cazuri individuale, reușita sau nereușita tratamentului neuroleptic putînd contrazice uneori regula generală ; predictorii generali nu au valoare absolută. Majoritatea studiilor care au urmărit influența acestor factori au luat în considerare doar amendarea simptomatologie pozitive (COLE, JAZARNIC, RETTERSTOL, von ZERSSEN). Nu s-au putut încă stabili predictorii diferențiali, care să poată conduce la alegerea neurolepticului, deși se poate spune că un răspuns bun în primele 5 zile de tratament certifică, în general, o bună alegere a neurolepticului (SCHEID, 1983), iar înrăutățirea stării, după o doză test, indică o alegere greșită. O altă constatare este aceea că același individ răspunde la fel la același neuroleptic, la intervale de timp diferite (GELENBERG, 1983). Membrii aceleiași familii răspund asemănător la același neuroleptic ; această observație pledează pentru existența unei predispoziții genetice pentru anumite substanțe neuroleptice.

Medicația neuroleptică nu răspunde prin proprietățile ei directe și prin efectele adverse pe care le provoacă tuturor cerințelor impuse de terapia schizofreniei. Ea trebuie adesea completată printr-o medicație corectoare și/sau adjuvantă. În acest scop se folosesc următoarele grupe de substanțe :

- *Anticolinergicele* sînt medicamente care corectează efectele adverse de tipul diskineziei acute și parkinsonismului. Nu au efect în diskinezia tardivă (pe care o pot agrava) și au doar rareori efecte în acatizie. Medicația anticolinergică se introduce doar în momentul în care apar simptome de tip colinergic, care îl deranjează pe bolnav. Unii autori optează pentru introducerea în mod profilactic a acestei medicații, în condiții specifice, pentru a preveni apariția crizei diskinetice acute : vîrsta bolnavului sub 30 de ani, folosirea unor NL incisive în doze mari, tratamentul ambulatoriu, crize diskinetice în antecedente, cooperare redusă din partea bolnavului. Anticolinergicele vor fi scoase din tratament cît mai curînd posibil, în ciuda faptului că neurolepticul se administrează în doze constante. Reducerea tratamentului anticolinergic se va face gradat, deoarece apare o toleranță față de aceste produse, ca și un grad de dependență psihologică. În practica obișnuită, se folosește preparatul trihexifenidil (Romparkin), în doze de 5—15 mg/zi, în prize fracționate care țin seama de orele de maximă activitate ale pacienților (V. PREDESCU, 1968).

- *Antidepresivele* pot fi o medicație corectoare, precum și una adjuvantă în unele forme în care caracterul afectiv al bolii este mai pronunțat. Poate fi folosită, de asemenea, acțiunea anticolinergică specifică a unor antidepresive. În episoadele psihotice acute, antidepresivele sînt contraindicate. Hidroxilarea Imipraminei și Nortriptilinei este inhibată de Clorpromazină, Perfenazină, Haloperidol, Clorprotixen și Tioridazină și, într-o oarecare măsură, acest proces este reciproc. Administrarea simultană a acestor substanțe duce la creșterea concentrațiilor plasmatice pentru ambele substanțe și, implicit, la accentuarea efectelor lor (L. HOLLISTER, 1987).

- *Litiul* este o medicație adjuvantă care, după unele opinii, are un efect benefic în schizofrenia afectivă, fără ca acest lucru să fie confirmat cu exactitate de studii controlate. Astfel, WATANABE și ISHINO (1980) prezintă patru studii comparative ale lui JOHNSON, SHOPSIN, PRIEN și BROCKINGTON, efectuate în deceniul opt, care compară rezultatele obținute cu litiu și clorpromazină pe 71 și, respectiv, pe 70 de bolnavi cu schizofrenie afectivă, arătînd că efectul clorpromazinei a fost superior în 3/4 din cazuri. Totuși, asocierea litiului cu neurolepticele în schizofreniile afective dă rezultate net mai bune decît fiecare dintre aceste terapii administrate separat (DENIKER și colab., 1980). Litiul poate fi folosit în tratamentele de întreținere ca alternativă la neuroleptice. Alegerea acestei asocieri, de regulă, nu pare să fie recomandabilă, cel puțin prin implicațiile legate de supravegherea a două terapii cu numeroase efecte secundare.

- *Benzodiazepinele* sînt întrebuințate ca medicație corectoare a somnului și de combatere a anxietății. Au un efect bun în acatizie și mai redus în diskinezia tardivă. Unii autori le propun în doze mari, chiar ca alternativă antipsihotică ; astfel COLONNA și ZANN recomandă 300 mg de Diazepam în episoadele acute.

- TERAPII ANALITICE : ansamblu de psihoterapii de inspirație psihanalitică, cunoscute în special ca psihoterapii scurte, în sensul că ele folosesc o metodă derivată din psihanaliza clasică, dar modifică durata tratamentului, în funcție de problematica patologică (în medie, 6—9 luni). În categoria terapiilor analitice intră orice formă de psihoterapie care are la bază teoria freudiană asupra aparatului psihic și asupra bolii psihice.

Cura analitică a unui schizofren vizează (M. RACLOT, 1986):

- conştientizarea propriei istorii a individului, pe parcursul căreia personalitatea acestuia se structurează;
- identitatea sexuală şi afectivă;
- libertatea relaţională (rezolvarea dependenţei, în special a dependenţei de mamă sau de un personaj-substitut), cu autonomie în plan social.

În schizofrenie, fiind vorba de o deficienţă majoră şi profundă în structurarea Eului (identificările nu se integrează într-o structură, ceea ce revine la un rejet al semnificanţilor fundamentali — mecanismul forcluziunii), nu se realizează situaţia oedipiană. Patologia cuplului parental în analiza schizofrenului apare ca expresie a discursului matern unilateral, simultan cu forcluziunea falusului, a elementului patern, în ultimă instanţă, a legii; schizofrenul nu are acces la situaţia triangulară oedipiană, care determină structurarea identităţii, o viaţă socială şi relaţională eficientă în planul realităţii. În cura analitică, evoluţia se produce de la un Eu disociat şi fragmentat la un Eu integrat, pe măsură ce individul îşi asumă (devine responsabil de) istoria sa trecută şi posibilităţile de schimbare ulterioară. Regresia profundă a schizofrenului este o regresie care trimite la Eul infantil, la mecanismele de proiecţie şi introiecţie (ca mecanisme defensive precoce), la clivajul Eului şi clivajul obiectului în obiect bun şi obiect rău. Regresia atinge, frecvent, perioada dezvoltării preverbale, faza autoerotică şi narcisismul anterior formării Eului. În relaţia precoce mamă-copil se vehiculează mesaje non-verbale şi verbale, care au (în cazul schizofrenului) rol patogen, prin dorinţele pe care mama le transmite, prin ceea ce mama comunică (în virtutea acestor dorinţe) referitor la existenţa Tatălui şi a Legii. Se poate vorbi, la schizofreni, şi de formarea unui Supra-Eu precoce (noţiunea aparţine Melaniei KLEIN), nu atît ca instanţă de judecată şi control, cît şi ca forţă masivă de constrîngere, avînd drept efect destructurarea personalităţii. După FROMM, REICHMANN, mulţi schizofreni au suferit, în istoria existenţei lor, de o „constrîngere neîntreruptă şi intolerabilă". Transferul psihoticului se caracterizează prin reacţii intense, dar labile (ca durată), în care intervin cele mai arhaice defense.

Există unele probleme particulare legate de analiza schizofrenilor. Schizofrenul are o personalitate nestructurată; nu este vorba de conflicte între instanţele psihice şi nici de mecanisme de apărare specifice acestor conflicte. Relaţia schizofrenului cu realitatea este o relaţie care nu ţine cont de aceasta. Cura analitică a schizofrenului are particularităţi comune oricărei cure analitice, dar şi particularităţi specifice. Ca şi cura clasică, psihanaliza unui schizofren implică aceleaşi aspecte esenţiale: transferul, rezistenţele, conţinuturile inconştiente referitoare la sexualitatea infantilă. Ca particularităţi specifice, analiza unui schizofren presupune:

- menţinerea unei relaţii interpersonale, în cadrul căreia să se realizeze schimburi de mesaje între persoana analistului (cu atitudini nemanifeste) şi persoana disociată a psihoticului. Relaţia în sine capătă o importanţă decisivă, aşa cum este ea trăită de pacient, ca relaţie actuală, care conţine distorsiuni ale Eului, provenite din relaţiile sale interpersonale anterioare;
- se va avea în vedere rejetul semnificanţilor primordiali, neintegraţi în inconştient;
- se va avea în vedere acel „trăit primar patogen", care a influenţat toată existenţa ulterioară a individului;
- se va recunoaşte sensul profund al alienării, se va încerca o conştientizare a semnificaţiei acesteia, pe măsura reconstituirii istoriei individului.

Debutul curei este totdeauna dificil, datorită greutăţilor în stabilirea relaţiei, chiar dacă, în mod conştient pacientul acceptă cura. În analiza schizofrenilor este necesar un travaliu terapeutic bifocal: paralel cu analistul, un terapeut trebuie să asigure pacientului o atitudine de maternaj, care să-i ofere gratificaţii concrete, pe lîngă cele simbolice ale analistului. Aspecte importante în cura analitică a schizofrenului sînt:

- stabilirea şi menţinerea relaţiei dintre analist şi analizat, astfel încît analizatul să recunoască (conştientizeze) persoana analistului ca atare (ca realitate);
- acceptarea rezistenţelor masive ale pacientului de către psihanalist (acceptarea defenselor, a culpabilităţii, a angoasei, a agresivităţii); rezistenţele psihotice nu se interpretează decît după ce pacientul acceptă în mod real relaţia cu analistul;
- se va avea în vedere faptul că ambivalenţa pacientului, în cadrul relaţiei, este o ambivalenţă de tip dublă constrîngere; analistul nu va răspunde printr-o ambivalenţă similară;
- în debutul curei, analistul va încerca să estompeze mecanismele de identificare proiectivă şi de incorporare (foarte

puternice, la schizofren) ; va încerca o conştientizare a proiecţiei pe care pacientul o face în analist (secvenţă de interpretare a transferului) ;

- reconstrucţia (rezolvarea scindării) se realizează în timp îndelungat, ca o imagine unificată, pe măsură ce pacientul conştientizează proiecţiile şi distorsiunile ;
- ca tehnică, se folosesc asociaţiile libere, dar se vor admite expresiile verbale şi non-verbale, jocul liber de cuvinte, ca în psihanaliza copiilor ;
- atitudinea analistului trebuie să transmită participarea sa la „suferinţa şi adevărul" psihoticului ; contratransferul trebuie să fie matern ; relaţia cu analistul trebuie să fie, intens şi semnificativ, securizantă pentru psihoticul schizofren, favorizînd retrăirea unor situaţii arhaice ;
- primul pas în evoluţia pozitivă a pacientului este o identificare cu analistul (ea reprezintă un început de structurare, fiind mai puţin arhaică şi mai integrată) ; prin această identificare, se rezolvă unele identificări proiective precoce, se reduc angoasa primitivă şi unele clivaje iniţiale ;
- este foarte important ca terapia să fie bifocală : un analist şi un terapeut, analistul asigurînd maternajul simbolic prin relaţia de transfer iar terapeutul — maternajul în planul realităţii ;
- într-un prim timp al analizei, este important să nu se vehiculeze interpretări, pacientul trebuind să realizeze persoana terapeutului ca persoană reală (uneori, acest timp durează cîteva luni) ; este perioada în care pacientul îşi va reactualiza istoria personală într-un cadru securizant, creat de analist ; în paralel, terapeutul va avea funcţia unui substitut matern, pacientul va retrăi concret emoţii şi sentimente trăite altădată sau reprimate în relaţia cu părinţii reali. Relaţia concretă cu terapeutul va ajuta pacientul să verbalizeze ceea ce simte, pe parcursul analizei. Terapia bifocală presupune transferuri laterale ; acestea vor fi analizate şi interpretate pentru a nu se constitui în obstacol, în terapie.

Cura analitică a unui schizofren urmăreşte :

- restructurarea progresivă a personalităţii (proces invers disocierii) ;
- conştientizarea alienării şi a sensului alienării, ceea ce determină o eliberare de sub constrîngerile bolii ;
- conştientizarea identificărilor alienate, realizarea unei identificări care să susţină procesul de structurare ;
- degajarea Eului din contextul relaţiilor sale imaginare, conştientizarea acestor relaţii şi a semnificaţiilor lor ;
- elaborarea situaţiei oedipiene ; diferenţiere şi recunoaştere a instanţelor (Sine, Eu, Supra-Eu) ; recunoaştere şi acceptare a dorinţei.

La psihotic Eul şi imaginarul nu sînt delimitate şi recunoscute ca atare : „imaginarul şi delirul schizofrenic alcătuiesc o lume obiectuală delirantă" (M. RACLOT, 1986). Ceea ce face foarte dificilă (uneori imposibilă) cura analitică la un schizofren este absenţa relaţiei. Este vorba de o imposibilitate a relaţiei cu unul dintre părinţi, pe parcursul istoriei individuale ; interpretarea şi integrarea (recunoaşterea) acestei absenţe determină pacientul să se îndrepte spre analist, cu trebuinţele (cerinţele sale de iubire) ; această îndreptare însă se realizează greu, ea rămînînd timp îndelungat ambivalentă din punct de vedere afectiv. Din momentul în care analistul este tot mai mult resimţit ca suport pentru imaginile maternă şi paternă, începe să se dezvolte transferul psihoticului. Acest transfer va rezolva dependenţele alienate din copilărie, care pot încă să persiste în relaţia cu unul dintre partenerii parentali reali.

În relaţia transferenţială, psihoticul dezvoltă prima identificare în planul realităţii, prima identificare structurantă, deci valabilă. Astfel, psihoticul îşi construieşte realitatea psihică (funcţionarea sa mintală) ; de fapt, îşi construieşte propria persoană. Elementele caracteristice sfîrşitului curei sînt :

- reducerea progresivă şi semnificativă a ambivalenţei şi angoasei în relaţia afectivă ;
- reducerea tulburărilor de gîndire ;
- diminuarea procesului de disociaţie (Spaltung) pe măsură ce evoluează construcţia persoanei ;
- delimitarea fenomenelor de investire a lucrurilor şi a cuvintelor (investirea cuvintelor nu se mai substituie investirii lucrurilor) ;
- cunoaşterea şi înţelegerea sexualităţii ca factor în etiologia psihozei ;
- creşterea intensităţii afectelor şi recunoaşterea implicării lor în mecanismul psihotic : „violenţa reprimată este recunoscută (...) ca factor de prim ordin în dinamica şi patogenia simptomelor psihotice" (M. RACLOT) ;

- depăşirea (prin reactualizare/retrăire) a unor modalităţi relaţionale conflictuale din etapele pregenitale de dezvoltare (orală şi anală);
- realizarea unei identităţi sexuale reale şi acceptarea ei (asumarea identităţii sexuale cu investiţii reale, concrete);
- transformarea narcisismului psihotic într-un antinarcisism, cu relaţii obiectuale reale (alegere de obiecte exterioare), ceea ce semnifică recunoaşterea şi acceptarea lumii exterioare, accesul la realitate exterioară.

Există schizofreni foarte greu accesibili sau inaccesibili pentru o cură individuală. Psihanaliza de grup nu se referă la un travaliu analitic cu grupul ca întreg, asupra fantasmelor comune grupului. Psihanaliza de grup este analiza fiecărui membru participant în situaţia de grup. Grupul permite:

- schimburi multiple între participanţi;
- facilitarea verbalizării, prin faptul că fiecare verbalizează, deci oferă concret o modalitate de verbalizare ce poate fi ascultată;
- sesizarea mai rapidă a anumitor semnificanţi;
- multiple posibilităţi de identificare;
- facilitarea intervenţiilor spontane, facilitarea interacţiunii.

Se poate utiliza, în cazuri rare, jocul de rol. Este indicat ca grupul să fie condus de un cuplu de analişti, acest fapt favorizînd proiecţiile membrilor grupului asupra cuplului terapeutic, resimţit ca un cuplu parental (identificat cu personajele parentale). În grup pot fi introduşi bolnavi nevrotici, ale căror comportamente reprezintă, pentru psihotici, modele mai adaptate.

Psihanaliza în instituţiile spitaliceşti din unele ţări se practică cu acei bolnavi la care este imposibilă o cură ambulatorie. Este vorba de instituţii speciale pentru psihoterapia psihoticilor, precum şi de un travaliu psihoterapeutic în echipă: psihanalist, psihiatru, psiholog, asistent social, infirmieri. Echipa va face aprecieri periodice asupra bolnavilor şi a evoluţiei lor, asupra atitudinilor ce trebuie adoptate în funcţie de calitatea evoluţiei. Se vor urmări, în echipă:

- ameliorarea şi păstrarea vieţii relaţionale a psihoticului;
- apelul la mijloacele chimioterapeutice cînd este cazul (doze optime pentru anumite perioade de timp);
- folosirea tehnicilor de maternaj;
- dozarea gratificaţiilor concrete;
- folosirea unor tehnici de expresie corporală;
- evitarea activităţilor stereotipe şi cronicizante;
- folosirea unor tehnici psihodramatice pentru ameliorarea şi menţinerea comunicării.

Chiar susţinătorii cei mai fervenţi ai psihanalizei recunosc existenţa unor dificultăţi în psihoterapia analitică a schizofrenului. Anumite elemente pledează pentru inaccesibilitatea curei analitice:

- mecanismele biologice intime încă necunoscute în etiopatogenia psihozei; acţiunea factorului genetic;
- precocitatea factorilor patogeni;
- regresia profundă şi foarte specifică a schizofreniei, care determină dificultăţi majore de stabilire a relaţiei terapeutice, dar mai ales de folosire a acestei relaţii (accentuarea narcisismului şi autismului, pînă la transformarea lor în mod unic de existenţă);
- manifestarea esenţială şi profundă a pulsiunii morţii (în plan clinic: vidul, sentimentul şi gustul pentru neant);
- conflictualitatea intrafamilială puternică şi latentă, ce nu poate fi abordată decît într-o terapie de familie;
- existenţa unor automatisme profund înrădăcinate;
- cronicitatea.

115. **SCHIZOFRENIE — evoluţie, recuperare, prognostic** ● Problema evoluţiei şi prognosticului schizofreniei implică numeroase dificultăţi din cauza fluctuaţiilor atipice, caracteristice în ansamblul simptomatologiei bolii. Renunţarea la termenul de demenţă precoce s-a datorat nu numai studiului psihodinamic al lui BLEULER, ci şi faptului că un număr semnificativ de „demenţi" se remiteau fără a mai prezenta nici un fel de simptome semnificative, care să amintească de grava lor boală.

Din perioada anterioară apariţiei metodelor biologice de tratament, pot fi citate cîteva studii, chiar dacă lipsa de acurateţe a datelor determină unele neclarităţi.

TABEL CLXV

Criteriul *Autorul*	*Anul*	*Număr bolnavi*	*Durata observaţiei*	*Procentaj remisii*
KRAEPELIN	1900	125	5 ani	25
FROMENTY	1937	271	15 ani	15
HUNT	1938	225	3—10 ani	50
EY şi colab.	1938	170	17 ani	25
TOTAL		791		30

Cifrele, care pot apărea extrem de optimiste în contextul evoluţiei naturale a bolii, capătă semnificaţie reală dacă ţinem seama de faptul că, pentru respectivii autori, absenţa internării echivala cu remisia, fără să fie luate în discuţie alte criterii de funcţionalitate. De altfel, problema criteriilor de evaluare a evoluţiei a fost şi rămîne una dintre cele mai discutate, alături de cea a diagnosticului, de-a lungul timpului fiind propuse o serie de criterii clinice, sociale, funcţionale etc.

TABEL CLXVI

„Cele mai bune studii ale secolului"

(după J. CUTTING, 1985)

Autorul studiului	*Zona geografică*	*Anul*	*Nr. bolnavi urmăriţi*	*Durata urmăririi*	*Evoluţie procentuală*			*Rangul internării*
					Bună	*Inter-mediară*	*Rea*	
KRAEPELIN	München	1913	1 054	10 ani	4	13	83	Neprecizat
LANGFELDT	Norvegia	1937	100	10 ani	17	23	60	Neprecizat
HARRIS şi colab.	Londra	1956	123	5 ani	14	43	43	Neprecizat
HALMED şi ASTRUP	Norvegia	1957	255	6 ani	29	38	33	Primointernare
BROWN şi colab.	Londra	1966	111	5 ani	35	37	28	Primo-internare
BROWN şi colab.	Londra	1966	339	5 ani	17	42	41	Neprecizat
M. BLEULER	Zürich	1972	66	20 ani	32	45	23	Primo-internare
M. BLEULER	Zürich	1972	208	20 ani	10	61	29	Neprecizat
BLAND şi ORN	Olanda	1978	45	13 ani	21	42	37	Primo-internare-
IPSS (OMS)	10 ţări	1979	811	2 ani	27	47	26	Neprecizat
HUBER şi colab.	Bonn	1979	502	22 ani	20	43	35	Neprecizat
				MEDIE	15	42	43	

În mod clasic, se mai citează clasificarea lui SEREISKI, care îmbină criteriul clinic cu recuperarea socio-profesională.

TABEL CLXVII

Tipuri de remisiune în schizofrenie

Tipul remisiunii	Fenomene psihotice	Fenomene disociative	Reinserție familială	Reinserție socială	Reinserție profesională
A	—	defect pur	bună	bună	bună
B	—	reținere, răceală afectivă	bună	bună	la un nivel inferior
C	±	disociație prezentă, delir rezidual	posibilă	redusă	ergoterapie
D	+	prezente, necesitînd spitalizări îndelungate și repetate	fără	fără	terapie ocupațională la servicii de cronici

În 1978, J. STEPHENS trece în revistă 38 de studii privitoare la evoluția și prognosticul schizofreniei, folosind în evaluare o scală de apreciere a rezultatelor cu trei trepte: „vindecat" — cu semnificația dispariției oricărei patologii și perfectă reintegrare socială; „ameliorat" — cu semnificația de bolnav care pare vindecat în momentul externării, dar cu recăderi ulterioare, sau de bolnav cu simptome reziduale, și „non-ameliorat" — cu semnificația de psihoză cronică activă. Acest studiu deosebit de amplu a pus în evidență nu numai diferite tipuri de evoluție, ci și dificultățile epidemiologice deosebite legate atît de calitatea și criteriile diagnostice, cît și de criteriile de evaluare a evoluției propriu-zise (astfel, vindecările variază între 2% — ROFF și 84% — EITINGER, LAANE, LANGFELDT).

Cele trei mari catamneze ale schizofreniei, realizate în deceniul al șaptelea, unitare din punctul de vedere al diagnosticului, bazat pe simptomele primare bleuleriene sau pe simptomele de rangul I (K. SCHNEIDER), au adus date de o deosebită valoare.

TABEL CLXVIII

Autorul studiului	Zona geografică	Nr. de bolnavi	Nr. de examinați	Durata supravegherii	Vindecați %	Favorabil %	Nefavorabil %
HUBER, GROSS, SCHUTTLER	Bonn	758	502	22,4 ani	22	57	21
M. BLEULER	Zürich	653	208	22 ani	20	53	27
CIOMPI, MÜLLER	Lausanne	1 642	289	36,9 ani	27	49	24

În ansamblu, se poate afirma că aproximativ 25% dintre bolnavi evoluează spre vindecare, 50% favorabil și 25% spre stări terminale grave. În ceea ce privește tipurile de debut, aceste studii au pus în evidență o polarizare spre tipul de debut acut cu vindecare sau defect minor și spre tipul de debut insidios către o stare terminală gravă sau cu defect important.

Studiile lui M. BLEULER, unele dintre cele mai detaliate în acest domeniu, prezintă următoarea evoluție:

TABEL CLXIX

	Statistici înainte de 1941	Statistici din 1972
1	2	3
Debut acut și deficit grav	18%	1%
Debut progresiv și deficit grav	20%	12%
Debut acut și deficit mediu	5%	2%

TABEL CLXIX (continuare)

1	2	3
Debut progresiv și deficit mediu	10%	23%
Evoluție ciclică către o stare terminală gravă	5%	9%
Evoluție ciclică către o stare terminală ușoară	30–40%	27%
Pusee acute și vindecări	25–35%	22%
Număr de cazuri	439	208

Acestei statistici i s-a reproșat faptul că oferă, de fapt, imaginea evoluției psihozelor schizofrenice pe un teritoriu foarte clar delimitat și la o populație selecționată (Burghölzli, fiind clinică universitară, a tratat pacienții cei mai gravi și totodată cu nivelul economic cel mai scăzut — WATT și colab., 1983).

De o deosebită importanță este compararea studiilor de dinainte și de după apariția terapiilor biologice și, respectiv, a terapiilor moderne neuroleptice :

TABEL CLXX

Evoluția înainte și după apariția terapiilor biologice

	Studiile	Nr. bolnavi	*Favorabilă*		*Intermediară*		*Nefavorabilă*	
			Nr	*%*	*Nr.*	*%*	*Nr.*	*%*
înainte de 1939	KRAEPELIN LANGFELDT	1 154	59	5,1	168	14,6	927	80,3
după 1972	BLEULER HUBER	710	121	17	343	48,3	246	34,7

Trebuie luate în considerație și elementele noi, intervenite în perioada în care neurolepticele au început să fie folosite pe scară mai largă, pe de o parte, și pe de altă parte, s-au diversificat mult gama (butirofenone, tioxantene, flufenazină — produse depôt).

TABEL CLXXI

Evoluția înainte și după introducerea neurolepticelor

(după LEHMAN și CANCRO)

	Nr. pacienți	Remisiune socială	Cu simptome restante sau decedați	Spitalizați continuu
înainte de 1960	1544	40,1	15,5	44,4
după 1960	781	55	33	12

După V. ANGHELUȚĂ, Șt. și Lidia NICA-UDANGIU (1986), tratamentele de durată au dovedit că :

- reinserția socială este de calitate mai bună și la un număr mai mare de deficienți schizofreni ;
- recidivele sînt aminate sau temporizate și se răresc ;
- intervalul de rezolvare a recidivei este mult redus, în comparație cu cel necesar bolnavilor care întrerup medicația ;
- tratamentul recidivelor se poate face în ambulator.

O trecere în revistă a unor studii recente întărește această imagine și oferă posibilitatea unor detalieri de finețe.

Din studiul prospectiv întreprins pe cinci ani de H.J. MÜLLER și colab. (1982), pe un lot de 103 bolnavi (dintr-un grup de 225), se pot reține următoarele date :

- șapte pacienți au decedat — cinci prin sinucidere ;
- mai puțin de jumătate din pacienți au avut o evoluție globală nefavorabilă (44% aveau tulburări psihopatologice importante sau dificultăți de adaptare,

iar la o treime, în corelație cu scala de apreciere Spitzer, era de așteptat o reinternare).

T. KOLAKOWSKA și colab. au întreprins, în 1985, un studiu pe 77 de pacienți sub tratament. Studiul evidențiază diferența semnificativă de evoluție a schizofreniilor de tip afectiv și faptul că simptomele de tip negativ sînt mai frecvente la grupul cu evoluție nefavorabilă.

TABEL CLXXII

Criteriul / *Evoluție %*	*Bună*	*Intermediară*	*Nefavorabilă*
Număr	25	32	20
Sexul (M/F)	14/11	19/13	16/4
Vîrsta medie	36,0 ± 8,7	34,6 ± 10,0	31,1 ± 8,6
Durata bolii	8,6 ± 7,5	9,3 ± 5,4	8,9 ± 5,5
Nr. de episoade	2,75 ± 1,48	3,6 ± 1,9	3,4 ± 2,4
Vîrsta la debut	27,3 ± 6,3	24,8 ± 7,4	22,7 ± 5,4
Adaptare proastă premorbidă	10	22	14
Simptome la primul episod :			
negative	5	9	11
afective sau atipice	12	7	0
doar pozitive	8	16	9

Studiul britanic întreprins de D. WATT, K. KATZ, M. SHEPERD (1983), pe 121 de pacienți internați într-o perioadă de 20 de luni, de pe un teritoriu clar delimitat, dintr-o populație de jumătate de milion de persoane, a evidențiat următoarele aspecte (studiul s-a făcut pe cinci ani) :

- 48% din cazuri au avut o evoluție bună (58% pentru cei aflați la prima internare) ;
- există o diferență semnificativă de evoluție între subiecții bărbați și femei :

TABEL CLXXIII

Sex / Evoluție	Bună	Medie	Nefavorabilă
B	35	7	58
F	62	12	26

- pot fi delimitate patru grupe evolutive :
  - episod unic, care nu este urmat de o simptomatologie — 16% ;
  - mai multe episoade, fără simptome în afara patologiei acute — 32% ;
  - defect major după primul episod — 2% ;
  - defect major accentuat de fiecare dintre episoadele ulterioare — 43%.

Un studiu românesc privind invaliditatea în boli psihice (S. CONSTANTINESCU, I. MITROFAN, 1986) arată că doar un sfert dintre bolnavii schizofreni din populația activă sînt pensionari, ceea ce, cu unele corecții, duce la concluzia că aceștia sînt și cei care au o evoluție nefavorabilă. Ponderea schizofreniei între afecțiunile invalidante este relativ scăzută — 3,6%, dar ea ocupă un loc important în cadrul afecțiunilor psihice invalidante : 26,8%. Studiul amintit se oprește asupra a două aspecte importante, care pot fi corelate cu evoluția și prognosticul bolii.

Urmărind invalidarea după criteriul pregătirii profesionale, studiul prezintă următoarele date :

- necalificați — 28,7% ;
- calificați — 46,7% ;
- personal auxiliar — 16,3% ;
- calificare superioară — 9%.

Grupa muncitorilor calificați prezintă un grad de invalidare net crescut față ce celelalte grupe, coborîrea unei trepte profesionale fiind similară cu pierderea posibilității de a mai exercita o profesiune în limitele statutului cîștigat anterior. Ponderea scăzută a invalidării celor cu calificare superioară este în acord cu constatările din alte studii, care reflectă rolul protectiv, de factor care îmbunătățește prognosticul, al statutului profesional înalt.

Vechimea în activitate a fost analizată pe grupe de cinci ani, cu următoarele rezultate :

- vechime de la 0 la 5 ani — 31,5% ;
- vechime de la 6 la 10 ani — 31,5% ;
- vechime de la 11 la 15 ani — 19% ;

- vechime de la 6 la 20 ani — 10% ;
- vechime de peste 20 de ani — 8%.

Acest indice arată rolul protectiv pe care îl are vîrsta, ca şi cel jucat de buna integrare socio-profesională, ca factor care îmbunătăţeşte prognosticul.

Mac GLASHAN (1986) a făcut un studiu retrospectiv, reuşind să obţină date pe o perioadă de pînă la 30 de ani asupra evoluţiei bolnavilor internaţi la Chestnut Lodge. Folosind criterii sistematice de rediagnosticare (indexul schizofrenic New Haven, criteriile Feighner, RDC, DSM III), ca şi o evaluare standardizată în patru trepte, autorul ajunge la următoarele rezultate, pentru 163 de bolnavi :

- incapacitate continuă — 41% ;
- marginalitate — 23% ;
- evoluţie bună — 8% ;
- vindecare — 6% ;
- sinucideri — 7% ;
- decese din cauză naturală — 8%.

R. PRUDO şi H. M. BLUM au realizat, în 1987, un studiu prospectiv pe cinci ani, pe un eşantion de 100 de schizofreni, evaluînd evoluţia după numărul internărilor şi durata lor.

TABEL CLXXIV

	Absenţa altor episoade psihotice	Episoade psihotice care au depăşit un an	Episoade psihotice între 1—2 1/2 ani	Mai mult de 2 1/2 ani de internare
Nr. pacienţi	17	26	9	36 (6 decedaţi)

Pe un număr de 65 de bolnavi, autorii fac un studiu amănunţit asupra adaptării sociale, folosind o scală cu 11 trepte de intensitate. Distribuţia subiecţilor este următoarea :

TABEL CLXXV

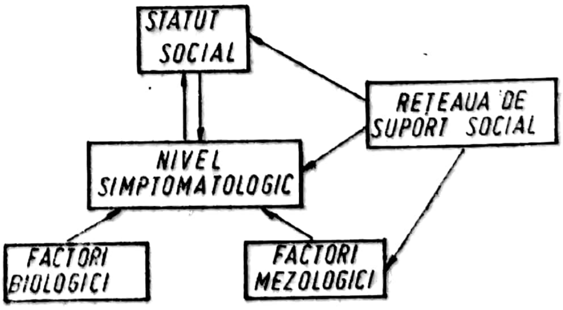
Scor Nr. de bolnavi	Fără disfuncţii grave (0—3)	Disfuncţii grave (4—7)	Disfuncţii foarte grave (8—11)
Absolut	42	22	1
Procentual	65,5	33	1,5

Recuperare. Complexitatea simptomatologiei schizofreniei, lipsa unui model etiopatogenic suficient de precis pentru a permite o intervenţie concertată, ca şi aspectele dificile determinate de durata şi continuitatea măsurilor terapeutice creează o problematică cu o arie largă, legată de măsura în care conceptul de recuperare poate deveni operant.

Modelul multidimensional al schizofreniei, care evidenţiază faptul că vulnerabilitatea bio-comportamentală generează atît simptome, cît şi disfuncţionalităţi sociale şi lipsă de integrare a individului, orientează clinicianul către direcţii în care intervenţia terapeutică poate atinge un grad de eficienţă crescut. După R. P. LIBERMAN (1985), apariţia sau accentuarea simptomelor sînt produse de modificări ale următoarelor nivele :

- diateza sau riscul biologic fundamental este crescută sau fiziologic accentuată (de exemplu : prin abuz de alcool sau droguri) ;
- întîmplările de viaţă stresante sau nivelurile zilnice de tensiune depăşesc capacitatea individului de a face faţă rolurilor sociale şi instrumentale (de exemplu : relaţiile familiale suprasolicitante, momente critice) ;
- reţeaua de suport social şi profesional a individului slăbeşte sau scade (de exemplu : moartea unui membru al familiei, părăsirea casei de către pacient) ;
- capacitatea de rezolvare a unor probleme sociale, existentă anterior în comportamentul subiectului, se atrofiază ca rezultat al inactivităţii, întăririi rolului de bolnav sau lipsei de motivaţie.

Nivelul simptomatologic este legat de statutul social, aflat în corelaţie cu factorii de risc biologic, cu evenimentele stresante, cu capacitatea de a rezolva probleme curente ale existenţei pe care o posedă încă individul, ca şi cu toleranţa şi receptivitatea mediului socio-familial faţă de astfel de bolnavi.



MODELUL LEGĂTURILOR NIVELULUI SIMPTOMATOLOGIC

Pentru a clarifica conceptul de recuperare în schizofrenie, J. WING (1986) propune urmărirea dezvoltării modelului recuperator în cazul tuberculozei, întrucît acesta are în vedere o „situaţie tip", care necesită soluţii concrete, superpozabile cu cele din recuperarea în schizofrenie.

În 1918, sir Pentril VARIER-JONES a dezvoltat serviciile britanice de asistenţă a tuberculozei, adăugînd serviciilor medicale servicii sociale speciale, care trebuiau să aibă în vedere „meseria pacientului, alcătuirea sa sufletească şi concepţia sa privind modul în care munca sa se armonizează cu structura corpului său". Această abordare a dus la apariţia unor unităţi care puteau să asigure condiţii simultane de terapie şi ocrotire socială pe timp îndelungat. Optica se va schimba odată cu apariţia chimioterapiei intensive (moment care coincide în mod surprinzător cu apariţia terapiei psihotrope — 1954, ca intervenţie intensivă în schizofrenie).

Controversele apărute în domeniul fiziologiei, pe parcursul acestei evoluţii a metodelor terapeutice au avut următoarele teme: dacă tratamentul în unităţi spitaliceşti („sanatoriile TBC") au mai mare valoare decît tratamentul ambulatoriu; dacă şi în ce mod se vor putea adapta membrii familiei acestor bolnavi la normele de igienă impuse de boală şi la comportamentul modificat al acestora; dacă tratamentul la domiciliu nu este decît o „strategie administrativă", care are drept scop economisirea de fonduri în detrimentul unei atitudini terapeutice „adevărate"; dacă tuberculoza, boală cu etiologie complexă şi cu răsunet sociofamilial deosebit, nu ar fi mai bine să rămînă definitiv un apanaj al spitalelor. Se recunosc aici opinii mai noi şi mai vechi care se referă, cu aceleaşi argumente, la schizofrenie, dar atrag în mod deosebit atenţia asupra faptului că „principiile de bază ale recuperării sînt valabile pentru toate bolile cronice, chiar fără a lua în discuţie etiologia şi simptomatologia acestora" (WING), aserţiune la care s-ar putea adăuga faptul că şi rezistenţele la orice înnoire sînt identice şi susţinute de aceleaşi pseudoargumente. Primele încercări de a construi modele de recuperare şi terapeutice aparţin lui E. KRAEPELIN şi E. BLEULER; ulterior, H. W. MAIER a formulat o serie de principii care îşi păstrează încă valabilitatea. A. LEWIS (1957) trecea în revistă aceste principii, astfel:

- terapia instituţionalizată este indicată numai în acele cazuri în care bolnavul aşteaptă ajutor social şi/sau individual;
- pacientul trebuie să-şi reia viaţa obişnuită îndată ce intensitatea simptomelor descreşte (simptome ca halucinaţiile şi iluziile nefiind, de exemplu, semnificative);
- externarea temporară are acţiune terapeutică şi contribuie la reintegrarea socială mai rapidă a pacientului;
- din primele zile ale internării, familia trebuie să fie determinată să înţeleagă necesitatea unei externări cît mai rapide, strategia terapeutică pe termen lung şi rolul ergoterapiei;
- serviciile ambulatorii şi asistenţa socială trebuie să acţioneze unitar cu serviciile spitaliceşti, avînd aceeaşi concepţie privind recuperarea;
- reintegrarea socială nu poate fi făcută după o reţetă fixă; anumite cazuri de bolnavi trebuie excluse de la folosirea unei terapii sociale prea insistente.

Dezbaterea de idei cu privire la recuperarea bolnavului schizofren a fost şi rămîne în psihiatria mondială, în special în cea europeană, un teren de aprinse controverse care, polarizîndu-se în jurul opţiunilor „medicaliste sau sociologizante", au generat poziţii radicale, ca cele ale antipsihiatriei sau chimicismului. O atitudine moderată, care preia tot ceea ce s-a dovedit util şi s-a putut verifica empiric în practică, este cea care orientează actuala direcţie în recuperare, orice poziţie extremă sau orice abordare de pe poziţii teoretice neavînd nici un fel de valoare în faţa unei patologii care nu este în nici un caz „numai produsul unei atitudini sociale" (FUNT, 1958).

Necesitatea abordării terapiei schizofreniei pornind de la conceptele recuperării este generată de faptul că terapia biologică (în special, neuroleptică) singură nu poate preveni recăderile, deşi le poate întîrzia (2/5 din pacienţi recad în primul an, chiar dacă li se administrează medicamente extrem de riguros), iar efectele ei secundare reduc complianţa pentru această terapie, chiar şi în multe cazuri în care eficienţa terapeutică pare evidentă. Medicamentele nu pot îmbunătăţi calitatea vieţii unui individ în mod direct, nu pot oferi soluţii la problemele cotidiene şi nu oferă răspunsuri la tentativele de integrare la nivel comunitar. Datorită creşterii sensibilităţii la stresul social, pacientul se află în situaţia unui „dansator pe sîrmă" (WING), pe care îl pîndesc două tipuri diferite de pericole, prin exces sau reducerea stimulării sociale, aruncîndu-l într-o direcţie sau alta, dezechilibrul producîndu-se cu extremă uşurinţă. Mai ales în fazele de debut ale bolii, în special în mediul familial, apare o tendință excesivă de a dori „normalizarea" bolnavului, supus unui insistent și agresiv chestionar, repetat pînă la agasare, care încearcă să evidențieze prezența (absența) elementelor patologice și să scoată bolnavul din izolare. În cazul cînd gradul de izolare a pacientului are o funcție protectivă (acomodarea cu unele fenomene psihopatologice care creează disfuncții sociale), atunci cînd au existat deja cîteva episoade acute, stimularea socială excesivă poate avea un rol patogen. Există chiar cazuri în care internarea bolnavului în spital nu are alt scop decît reducerea suprastimulării sociale și, prin aceasta, revenirea la un nivel acceptabil funcțional. S-a constatat că, în cele mai multe situații, pacienții nu doresc să fie singuri, dar doresc să dețină controlul asupra densității contactelor sociale. Studiile efectuate în SUA, India și Marea Britanie demonstrează că atitudinea familială este cel mai puternic motiv de recădere în schizofrenie. Teoriile anilor 1950—1960 privind rolul etiologic al familiei (structură, intercomunicare, relații) s-au dovedit exagerate, unii autori, ca M. BLEULER (1976), arătînd chiar că s-a ajuns la „noțiuni oribile, ca aceea de mamă schizofrenogenă". Teoria dublei legături nu a putut fi validată din cauza imposibilității de a demonstra de ce în familiile fără schizofreni ea poate funcționa și de ce nu este valabilă pentru toate familiile de schizofreni (HALEY, KENNEDY).

Și alte teorii și supoziții (ca acelea ale lui R. LAING, L. WYNNE și colab., SINGER) privind modalitățile de intercomunicare ale familiei cu schizofrenul nu și-au putut dovedi validitatea în timp. Rolul familiei în recuperarea și reintegrarea bolnavului rezultă din studiul efectuat de BROWN și colab., pe bolnavii internați în clinicile britanice, în care se arată că, după externare, 40% se duc în familia părinților, 37% în propria familie (cuplul conjugal), 8% la alte rude și prieteni, 15% în cămine spital, cămine atelier, unități cu îngrijire prelungită. După 5 ani (BROWN, BIRLEY, WING), doar 29% din schizofreni mai erau în căminul parental, cele trei ipostaze, repartizate sensibil egal, de părăsire a acestuia fiind : decesul sau îmbolnăvirea gravă a unuia dintre părinți ; neînțelegeri majore ; evenimente pozitive (căsătorie, angajare). Părinții au un grad ridicat de suportabilitate, chiar dacă vîrsta lor este, în 75% din cazuri, peste 60 de ani și, în jumătate din cazuri, peste 70 de ani.

Rata despărțirilor și a divorțurilor este de trei ori mai crescută decît în populația generală și, deși bărbații sînt mult mai rar căsătoriți, divorțialitatea lor este dublă față de cea a femeilor schizofrene. Rudele și partenerii de viață ajung cu timpul la o toleranță ridicată față de tulburările comportamentale ale subiecților bolnavi, dar aceasta se face cu prețul „modificărilor grave ale propriului stil de viață" (STEVENS). Deoarece, destul de frecvent, schizofrenul se atașează de unul dintre părinții, care a rămas în viață, se creează un fel de cupluri destul de echilibrate, în care funcțiile sînt omogenizate între cei doi membri, stilurile de viață și preocupările lor fiind supuse la numeroase remanieri. Schizofrenul astfel „instituționalizat" se adaptează unui nivel de exigențe cărora le face față fără prea mare dificultate, dar perspectiva viitorului este întunecată în aceste cazuri. Necesitățile de ameliorare a relațiilor schizofren-familie prin terapii familiale au fost subliniate, încă din anii '60, de PASAMANICK și LANGSLEY, care au arătat eficiența intervențiilor familiale și a terapiilor de susținere la domiciliul pacientului, în raport cu tratamentul „intra muros".

Un rol important în instituirea metodelor de recuperare îl au buna înțelegere a noțiunii de „handicap social", precum și găsirea și instituirea acelor căi care duc la atenuarea acestuia. Prin handicap social se înțelege un nivel scăzut de funcționalitate socială, inferior celui anticipat și obținut de indivizi asemănători dintr-o comunitate oarecare (M. GHUR, 1986). În cazul schizofreniei, handicapul este provocat de deteriorarea directă cauzată de boală, de prejudecățile sociale despre aceasta, de modul personal al individului de a prelua disfuncționalitățile provocate de intensitatea bolii și de prejudecăți. Deteriorarea și disfuncționalitatea provocate direct de boală trebuiesc legate de așa-numita simptomatologie „pozitivă" și „negativă", a căror geneză pare să fie determinată de condiții diferite. Simptomele pozitive (productive), ca iluziile, halucinațiile, ideile delirante, sînt prezente o perioadă de timp mai redusă comparativ cu cele negative : lentoare psihomotorie, disprosexie, ștergerea afectivă, modificări în discursivitatea expresiei verbale. Trebuie menționat că patologia care alcătuiește tabloul schizofrenic, inclusiv perioada interaccesuală, cuprinde și alte simptome psihice care, la rîndul lor, pot greva asupra handicapului social : stări depresive, anxietate. De asemenea, nu poate fi exclusă asocierea cu alte boli somatice, cu existența unui handicap fizic motor sau senzorial sau chiar cu a altei afecțiuni psihice (debilitate mintală, sindroame psihoorganice).

În legătură cu acutizarea simptomatologiei și apariția unei patologii floride au fost întreprinse o serie de studii care au evidențiat rolul important pe care așa-numitele „evenimente de viață" (life events) il au. BROWN și BIRLEY (1970) arată că schizofrenul este mult mai vulnerabil la orice modificare a existenței sale obișnuite și orice eveniment negativ (dar și pozitiv) poate avea un răsunet patogen. „Prevenirea" evenimentelor de viață este o alternativă practic imposibilă, care ar impune izolarea intr-un mediu complet artificializat.

Controlul expresiei emoționale este, prin modificările pe care le suferă, o altă cauză majoră de recădere. După unii autori (LEFF, VAUGHN), peste 40% din recăderi sint generate de lipsa unui control adecvat al nivelului emoțional. Criticile aduse bolnavului de către rude sau persoane apropiate, privind lipsa sa de inserție și răspundere socială, lipsa motivației în muncă, considerate ca nefăcind parte din boală, sint adesea generatoare de recăderi (LEFF, Mc MILLAN, FALLON, VAUGHN).

Tendința de a exercita o tentativă recuperatorie intempestivă pentru o remisie mai rapidă este altă circumstanțe care poate reactiva sau genera un episod acut (ELDRED, GOLBERG, STEVENS, STONE, WING).

Diferitele circumstanțe semnalate anterior trimit către ideea existenței unei vulnerabilități crescute a schizofrenului, a cărei natură nu este cunoscută (WING, 1987).

În acest context, trebuie discutată și problema duratei spitalizării acestor bolnavi. Dacă în cazul debuturilor de schizofrenii durata internării trebuie să fie ceva mai ridicată, de ordinul lunilor, studii controlate (HERZ și colab., 1979) au arătat rolul benefic al internărilor scurte, față de internările cu durată de 60 de zile. Numeroși autori recomandă, în cazul schizofreniilor cu o simptomatologie „pozitivă" redusă, ca instituirea tratamentului să se facă în condiții de ambulator, evitîndu-se internarea,

Durata internării este puțin semnificativă în raport cu calitatea recuperării (CATON, 1982); calitatea tratamentului și stabilirea relațiilor bolnavului în comunitate au un rol mult mai semnificativ.

În cadrul instituționalizat al spitalului, un rol deosebit în instituirea handicapului social cronic il joacă simptomele negative care alcătuiesc un important „sindrom deficitar". Sărăcia relațiilor sociale din mediul spitalicesc se potențează cu incapacitatea de relaționare a pacienților. Analize efectuate asupra duratei timpului de veghe, în care pacientul nu avea nici un fel de activitate, au stabilit o valoare de circa 5 ore și jumătate pe zi. Mai mult, un sfert din pacienți nu comunicau deloc în acest interval. Aceleași date au putut fi înregistrate și în afara spitalului, la bolnavii externați și lipsiți de orice supraveghere (BROWN, 1966; RYAN, 1979; LEACH și WING, 1980).

Corolarul studiilor amintite este că mediul spitalicesc nu reprezintă garantul unei inserții sociale recuperatorii suficiente, după cum simpla ieșire în afara spitalului nu conduce la reluarea automată a relaționării sociale corespunzătoare.

Instituționalizarea se va lovi întotdeauna de faptul că bolnavul va fi considerat un handicapat, rolul de pacient fiind mai pregnant decît celelalte roluri. Asumarea propriului rol de către bolnav, prin acceptarea instituționalizării, duce la imposibilitatea ruperii acestei relații cu instituția, cu toate că bolnavul a căpătat între timp o serie de atribute, printre care: încrederea în sine, capacitatea de a-și depăși starea de dependență sau aceea de a-și stabili unele scopuri. Pacienții își pierd și capacitatea de a-și asuma roluri sociale, refuză să-și mai reînnoiască resursele informaționale și să le analizeze, nu mai fac nici un fel de tranzacții și nu mai aproximează în nici un fel viitorul. Spitalul devine spațiul geografic, iar viața spitalului — istoria generală a bolnavului, care reifică relațiile naturale din microsocietatea, sărăcită afectiv și funcțional, în care trăiește. Handicapul social, astfel constituit și dezvoltat, devine foarte greu sau chiar imposibil de depășit. MANN și SPROULE (1972) arată că pacienții cu spitalizări mai lungi de doi ani refuză să părăsească spitalul, dorind să rămînă în cadrul lui, indiferent de starea lor psihică.

Unitățile spitalicești trebuie să devină centre de terapie intensivă, care să facă față cu succes exigențelor terapeutice ridicate de episoadele acute ale bolii; unitățile semiambulatorii trebuie să acționeze ca sisteme tampon, care să evite atît alunecarea către o patologie acută, cît și ieșirea elastică din situația de spitalizare, cu observarea strictă a perioadei în care se refac legăturile intrafamiliale și socioprofesionale ale bolnavului. Serviciile ambulatorii au rolul unor piloni centrali în rețeaua de suport social care trebuie să asigure pacientului un nivel funcțional maxim. Dispensarizarea este condiția principală și incipientă a oricărei acțiuni de profilaxie secundară și terțiară în schizofrenie și reprezintă fundamentul oricărei acțiuni recuperatorii. Ea trebuie să fie activă și să aibă drept coordonate majore de adresare: bolnavul, familia și mediul său socioprofesional. Este necesar ca acest triunghi de intervenție terapeutică să fie și să rămînă în permanență echilateral.

Terapia instituţionalizată este indicată numai în măsura în care bolnavul cere şi aşteaptă ajutor social sau individual. După dispariţia celor mai grave simptome şi chiar înaintea dispariţiei unor simptome psihotice mai uşoare (iluzii, idei delirante reziduale, halucinoze), pacientul trebuie să-şi reia viaţa în limitele obişnuite, normale.

Schizofrenia nu este o afecţiune cu determinări „preponderent psiho-sociale" sau „preponderent biologice" ; acceptarea modelului multifuncţional începe cu abordarea bifocală, medicamentoasă şi psihosocială în marea majoritate a cazurilor. Terapiile biologice nu sînt prescrise şi utilizate într-un vid psihosocial, acţiunea lor fiind întotdeauna facilitată sau grevată de evenimentele la care participă bolnavul, în mod planificat sau spontan, implicit sau explicit. Există un consens general asupra faptului că tratamentele combinate, biologice şi psihosociale, au un impact net superior asupra tuturor caracteristicilor bolii, ca şi asupra gradului de recuperare, faţă de oricare dintre cele două tratamente folosite separat. Neurolepticele acţionează în special la nivelul dezorganizărilor cognitive şi al simptomelor „pozitive", iar terapiile psihosociale influenţează funcţionalitatea socială şi simptomele negative. Acestea din urmă trebuie să-şi desfăşoare strategiile recuperatorii în mod gradat şi ţintit, în cadrul obiectivelor ierarhizate ale acestora înscriindu-se :

- menţinerea individului la un nivel de funcţionare care să asigure minimalizarea stresului şi evitarea recăderilor ;
- asigurarea intervenţiilor oportune în perioada de criză ;
- constituirea modalităţilor care să asigure o convieţuire socială acceptabilă şi lărgirea gradului de independenţă.

Vom trece în revistă gama acestor terapii, amintind mijloacele şi scopurile cu o importanţă deosebită în procesul recuperator.

Terapiile familiale sînt caracterizate prin accentul ce se pune pe educarea pacientului şi a membrilor familiei sale cu privire la noţiunea de boală şi pe instruirea acestora referitor la metodele terapeutice posibile/disponibile. Un timp important este rezervat, în cadrul acestei terapii, demistificării variatelor simptome şi semne, a prognosticului nefast asociat bolii, precum şi traducerii unor manifestări sau cauzalităţi neurobiologice într-un limbaj comun şi accesibil.

Se urmăreşte creşterea complianţei şi a observanţei faţă de intervenţia farmacologică. Cei mai mulţi terapeuţi consideră utilă începerea terapiei familiale încă din faza acută a bolii, întîlnirile iniţiale avînd loc numai cu rudele şi urmînd ca, în momentul ameliorării simptomelor, să-l integreze şi pe bolnavul schizofren. Intervenţia terapeutică poate avea loc direct la nivelul unităţii familiale sau în grupuri de familii, organizate în „ateliere" de studiu, al căror obiectiv major să fie deprinderea modalităţilor de funcţionare-integrare permanentă a pacientului. Rezultatele intervenţiilor de tipul terapiei familiale arată că, în timp ce în familiile în care expresia emoţională şi rezistenţa sînt necontrolate, rata recăderilor este de 50—60%, în cele care s-au practicat terapii comportamentale sau suportive, rata recăderilor este sub 10%. Unii autori sînt chiar de părere că terapia familială ar putea juca un rol la fel de mare în tratamentul schizofreniei ca şi antipsihoticele, circumstanţă terapeutică cu care se completează. Mai mult, rezultatele studiilor au arătat nu numai un efect terapeutic major prin scăderea numărului recăderilor, reinternărilor şi a nivelului simptomatologiei, ci şi o crescută eficienţă economică, un nivel deosebit al readaptării socioprofesionale.

Terapiile familiale se desfăşoară în largul perimetru care se delimitează între strategiile sistematice de învăţare şi tehnicile suportive şi comportamentale.

Un număr mare de studii arată rolul important al terapiilor de grup, în care coeziunea realizată la nivelul acestuia are un impact favorabil major asupra fiecărui individ. Terapiile de grup, ca şi cele familiale se caracterizează, pe lîngă tehnicile şi determinările teoretice, printr-un nivel operaţional ridicat (există grupuri cu înaltă structurare a activităţilor şi a comportamentelor, grupuri nestructurate şi spontane, psihodinamice şi de susţinere etc.).

Cea mai înalt structurată formă de terapie de grup, pentru pacienţii schizofreni, este învăţarea deprinderilor sociale. Scopurile acestei metode de instruire sînt explicite, orarul întrevederilor pacientului cu terapeutul este dinainte planificat, procedeurile urmează linii directoare scrise, punîndu-se accentul pe practica „in vivo" şi pe „tema pentru acasă". Deprinderile sociale pot fi definite ca fiind acele comportamente interpersonale necesare obţinerii modalităţilor esenţiale supravieţuirii şi independenţei în comunitate, precum şi pentru stabilirea, menţinerea, adîncirea relaţiilor suportive şi de recompensă socială. Acest tip de terapie pune accent pe aşa-numita „jucare a rolului", antrenamentul urmărind, pe de o parte, atingerea competenţelor sociale anterioare apariţiei bolii, iar pe de altă parte corectarea acelor comportamente excesive sau deficitare declanşate de boală. Secvenţele programului terapeutic sînt extrase şi selecţionate din problematica populaţiei psihiatrice căreia îi aparţine subiectul.

Şedinţele de antrenament variază ca durată între 15 şi 120 de minute, în funcţie de numărul pacienţilor participanţi şi de nivelul lor funcţional. Deşi structura de grup asigură posibilitatea învăţării indirecte, prin observarea comportamentului altor pacienţi, uneori experienţa de grup este suplimentată cu antrenamentul individual, care permite terapeutului o mai mare concentrare asupra comportamentului unui singur pacient şi îi oferă posibilitatea practicării, în cadrul şedinţelor, a mai multor tehnici recuperatorii.

Caracteristica „sine qua non“ a învăţării deprinderilor sociale este natura specific funcţională orientată spre schimbarea unor comportamente deficitare concrete. Există dovezi clare că, dat fiind mediul favorabil de învăţare, structurat pe principiile terapiei comportamentale, cei mai mulţi schizofreni pot căpăta sau reînvăţa unele depinderi sociale şi de comunicare. Totuşi învăţarea se realizează lent sau aproape deloc cînd pacienţii sînt încă în faza floridă a bolii, caracterizată prin simptome pozitive, prezentînd şi grade ridicate de distractibilitate. Participanţii la această formă de instruire raportează scăderi remarcabile ale anxietăţii sociale după efectuarea intervenţiei terapeutice. Evaluările efectuate în urma aplicării acestei terapii scot în evidenţă faptul că, durabilitatea deprinderilor sociale însuşite este legată de durata perioadei de pregărire.

Psihoterapia tradiţională de grup, în contrast cu metodele înalt structurate folosite în învăţarea deprinderilor sociale, este asigurată în contextul unei relaţii nestructurate şi spontane a procesului de învăţare în grup. Alte caracteristici ale psihoterapiei de grup includ şedinţe de întrevedere regulat planificată, cu un număr limitat de membri ; numai din cînd în cînd are loc înlocuirea participanţilor care abandonează din diferite motive.

Datele existente în literatura de specialitate orientează clar spre folosirea terapiei de grup numai după ce simptomele „pozitive“ de schizofrenie s-au ameliorat şi rezolvat şi spre concentrarea asupra problemelor practice, de zi cu zi, ale vieţii, în toată perioada de adaptare a pacientului la viaţa în comunitate. Majoritatea grupărilor sînt formate din pacienţi ambulatori şi îşi propun realizarea cît mai rapidă a unui nivel de stabilizare şi de integrare în comunitate, asistînd pacientul în rezolvarea evenimentelor stresante ale vieţii şi uşurîndu-i eforturile pentru obţinerea recuperării pe termen lung.

Terapia suportivă propriu-zisă de grup, îmbinată cu terapia ocupaţională şi activităţile recreaţionale sînt folosite cu maximă eficienţă în grupurile constituite în unităţile ambulatorii. Psihoterapia de grup s-a dovedit a fi mai eficientă decît terapia individuală pentru schizofreni, cînd obiectivele grupului urmăresc îmbunătăţirea activităţilor profesionale şi sociale, astfel încît grupul asigură învăţarea unor experienţe de socializare, modele de alegere pentru a face faţă cu succes problemelor zilnice ale vieţii ; învăţarea în grup are ca scop echilibrarea pacientului schizofren faţă de primejdiile relaţiilor suprasolicitante. Terapia de grup şi comunitatea terapeutică se pot numi astfel numai în măsura în care satisfac eficient următoarele condiţii :

- accentuarea interacţiunilor de grup şi a celor sociale ;
- normalizarea adaptării prin medierea, sub presiune egală, a regulilor şi aşteptărilor ;
- diminuarea rolului de bolnav prin considerarea pacienţilor ca fiinţe umane responsabile ;
- accentuarea dreptului de implicare a pacienţilor în stabilirea scopurilor, accentuarea existenţei libertăţii de mişcare şi caracterului neformal al relaţiilor cu personalul ;
- accentuarea participării interdisciplinare şi a comunicării clare, orientate spre un anumit scop.

Folosirea terapiilor de mediu, în special în tratamentul bolnavilor cronici, a dus la concluzii importante :

- bolnavii psihici cronici au foarte puţină nevoie de medicaţie psihotropă de întreţinere atunci cînd li se asigură terapii psihosociale şi structurate ;
- este important volumul de atenţie şi entuziasm oferit pacientului de către personal, modul cum se acordă această atenţie.

Pornind de la numeroase studii privind locul şi rolul terapiilor psihosociale în recuperarea schizofrenului, R. P. LIBERMAN face următoarea sinteză :

- Tratamentul psihosocial este cel mai util pacienţilor aflaţi într-o stare bună de remisiune parţială sau totală a simptomatologiei floride, la care s-a atins un nivel stabil al medicaţiei de întreţinere.

- Tratamentul psihosocial, în fazele de acutizare a simptomatologiei, trebuie să urmărească calmarea pacienţilor, prin reducerea numărului de stimuli sociali şi fizici şi să încerce să ofere pacientului înţelegerea simptomelor sale, ca parte a procesului de îmbolnăvire.

- Cel mai eficient tratament psihosocial — asigurat de terapia individuală, de grup sau de familie, în spitalul de zi, sau de terapia de mediu pacienţilor internaţi la pat — conţine : elemente de rezolvare a problemelor practice, concrete întîmpinate în activităţile zilnice ; socializare cu acces larg ; recreere ; angajarea în diferite sarcini, orientate spre obiective specifice

- Obţinerea unei relaţii continuu pozitive reprezintă o problemă iniţială în strategia globală a tratării pacientului schizofren, indiferent de măsura în care tratamentul medicamentos sau psihosocial contribuie la planul global. Această relaţie poate fi reprezentată de legătura cu psihiatrul care-l îngrijeşte sau cu un mediator paraprofesional al cazului.

- Momentul favorabil de instituire a tratamentului psihosocial se situează în perioada de îngrijire postspitalicească, cînd pacientul are nevoie de asistenţă pentru soluţionarea problemelor ridicate de factorii stresanţi ce intervin în timpul readaptării la viaţa de familie şi de comunitate.

- Tratamentul psihosocial ar trebui să fie pe termen lung. Beneficiile lui nu sînt evidente într-o perioadă mai mică de 12 luni şi devin clare după 2 ani. Este mai probabil că ghidarea şi instruirea sînt optime pentru cei mai mulţi pacienţi schizofreni, iar sprijinul psihosocial este nedelimitat în timp, fiind necesar, cel mai ades, pentru toată viaţa. Aşa cum neurolepticele sînt cele mai eficiente în menţinerea ameliorării simptomatice, cînd administrarea lor se face fără întrerupere, eforturile reabilitării psihosociale sînt, în mod similar, optimizate prin continuitate.

- Tratamentul psihosocial ar trebui să fie concentrat asupra factorilor stresanţi din mediul înconjurător şi asupra comportamentelor deficitare care par să joace un rol specific în recăderi, ca şi slaba adaptare în comunitate. Deocamdată, cel puţin în primul an de la externare, recăderile schizofrenilor nu sînt suficient de bine explicate de noncomplianţa la medicamente, şi nici nu există dovezi că nivelul de psihopatologie manifestă al unui pacient în momentul spitalizării sau al externării ar putea anticipa o viitoare recădere. Cea mai bună explicaţie, bazată pe congruenţa rezultatelor unor studii empirice, este aceea că deficitele personale ale unui pacient, mediul social şi tipul terapiei psihosociale exercită cele mai puternice influenţe asupra apariţiei recăderilor, chiar în prezenţa medicaţiei de întreţinere corect administrate.

Scopul profilaxiei secundare şi terţiare a schizofreniei constă în menţinerea handicapului social la un nivel minim, oferind celor afectaţi posibilităţi multiple de atingere a unei valori calitative a vieţii în mare măsură satisfăcătoare.

Recuperarea exprimă încercarea de readucere a unei persoane handicapate la o stare anterioară de normalitate. Cu toate acestea, „a deveni atît de normal cît este cu putinţă", deşi reprezintă o formulare realistă, are totodată un caracter limitativ, ţinînd nu numai de resursele bolnavului, ci şi de cele ale societăţii, de posibilitatea concretă a reţelei de suport social de susţinere a bolnavului în cadrul structurilor sale.

Schizofrenia este şi rămîne o afecţiune cronică, catamneze mai noi şi mai vechi (M. BLEULER, 1972 ; CIOMPI şi MÜLLER, 1976 ; HUBER şi colab., 1979 ; CIOMPI, 1980) demonstrînd indubitabil că o pătrime din bolnavi au o revenire bună, iar o proporţie egală au nevoie de o instituţionalizare permanentă. Rămîne deci o proporţie de 50% pentru care evoluţia şi prognosticul depind în continuare, pe termen nelimitat, de nivelul îngrijirilor primite (WING, 1986).

Menţinerea acestor bolnavi în activitate, inseraţi la un nivel maxim al potenţialului restant, presupune un efort susţinut şi constant. Îngrijirea lor se referă, după BACHRACH (1981), la următoarele aspecte :

- dimensiunea temporală longitudinală, paralelă cu evoluţia clinică a cazului, începe cu intrarea bolnavului în sistemul terapeutic şi încetează după dispariţia nevoii de tratament ;
- individualizarea planului terapeutic în contextul medic-pacient-familie este supusă principiului continuităţii, în sensul necesităţii ca bolnavul să primească asistenţă în toate problemele, în oricare moment al periplului terapeutic ;
- comprehensibilitatea şi flexibilitatea procesului recuperator implică o continuă remodelare în raport cu evoluţia şi progresele făcute de bolnav ;
- accesibilitatea la asistenţă şi intercomunicarea între diferitele nivele de asistenţă traversate de acelaşi bolnav sînt o condiţie esenţială, ca şi aceea a păstrării unei atmosfere înconjurătoare de optimism, la nivelul întregului sistem terapeutic, în care trebuie angrenată şi familia bolnavului ;
- necesitatea continuităţii acţiunii agentului „uman", respectiv, a echipei terapeutice, este evidentă şi de aceea mulţi autori insistă asupra cuprinderii în echipă

şi a medicului de medicină generală (sau de intreprindere), aflat în permanenţă în prim contact cu bolnavul.

Recuperarea bolnavului schizofren a încetat să mai fie un deziderat de neatins, iar constatările ultimelor decenii oferă perspective al căror optimism nu este de complezenţă.

Prognostic. E. KRAEPELIN şi E. BLEULER considerau că hebefrenia are prognosticul cel mai nefavorabil, iar catatonia — pe cel mai bun, episoadele paranoide ocupînd un loc intermediar. Apariţia cronicizării episoadelor catatonice era considerată ca factor predictiv al celei mai nefavorabile evoluţii, către o deteriorare marcată.

Terapia modernă a schimbat datele problemei în modul următor: catatonia şi schizofrenia paranoidă au o evoluţie bună asemănătoare, hebefrenia poate evolua favorabil după un tratament susţinut de cîteva luni, iar forma simplă pare să nu beneficieze aproape deloc de tratamentul modern.

Criterii de prognostic favorabil au fost elaborate de numeroşi autori de-a lungul timpului:

● VAILLANT (1964) menţionează următorii factori:

- debutul acut (mai puţin de şase luni între debut şi constituirea întregului tablou simptomatologic);
- existenţa unei stări confuzionale sau a dezorientării spaţio-temporale;
- ereditatea încărcată;
- absenţa tipului de personalitate premorbidă schizoidă;
- existenţa în tabloul clinic a semnelor de depresie majoră sau a triadei: constipaţie-anorexie-insomnie;

● STEPHENS (1966) ţine seama de:

- debutul brusc;
- existenţa unor factori precipitanţi;
- existenţa unui partener conjugal;
- existenţa unei personalităţi premorbide armonioase;
- depresia;
- sentimentul de vinovăţie
- starea confuzională la internare;
- absenţa ştergerii afective;
- absenţa eredităţii schizofrenice,

● MOLLER (1982) propune predicţia prognosticului prin corelarea următorilor factori:

- degradarea capacităţii de muncă în anul precedent internării: (—) negativ;
- vîrsta ridicată la prima internare: (+) pozitiv;
- existenţa unui defect psihopatologic important la externare: (—) negativ;
- factori precipitanţi care au precedat apariţia primelor manifestări de boală: (+) pozitiv;
- discontinuitatea rutei profesionale în intervalul celor 5 ani care au precedat prima internare: (—) negativ;

● Mac GLASHAN (1986) ia în consideraţie următorii factori care influenţează pozitiv, în mod global, prognosticul:

- absenţa unor antecedente familiale de schizofrenie;
- prezenţa în tabloul psihopatologic a unor semne şi simptome afective;
- absenţa alterării capacităţii de a percepe realitatea („capacity to test reality");

● J. CUTTING (1986) ajunge la următoarele concluzii:

- cu cît patologia durează mai mult, cu atît evoluţia este mai nefavorabilă;
- tratamentul neuroleptic are un efect cu atît mai bun, cu cît este instituit mai rapid;
- orice tulburare premorbidă grevează prognosticul (indiferent dacă este organică, de personalitate sau de adaptare socială);
- există tipuri diferite de schizofrenii (tip I, cu simptome pozitive — paranoide, tip II, cu simptome negative — hebefrenice), care au evoluţie diferită;
- îngrijirile, indiferent de natura lor (chimioterapeutice, sociale, psihoterapeutice), influenţează vizibil evoluţia;
- natura intrinsecă a bolii, necunoscută în acest moment, joacă un rol esenţial în evoluţia bolnavului.

Într-un foarte recent studiu (Ph. ROBERT şi colab., 1988), urmărind evoluţia şi prognosticul unui grup de 235 de schizofreni în raport cu adaptarea socială, sînt prezentate următoarele date:

TABEL CLXXVI

		Nr.	%
grupa A	adaptare foarte bună, bună şi medie	49	20,85
grupa B	adaptare nesatisfăcătoare	105	44,68
grupa C	grave tulburări adaptative	81	34,46

Aceşti bolnavi au primit în perioada studiului următoarele îngrijiri instituţionalizate

TABEL CLXXVII

Diagnostic		*Tratament extraspitalicesc*			*Spitalizări*	
		0—3 consult./an	*3—12 consult.*	*> 1 consult./lunar*	*Durata cumulativă*	*Nr.*
Schizofrenii paranoide	78	20	38	20	1,39	5
Schizofrenii nediferenţiate	76	25	27	21	2,33	4
Alte schizofrenii	56	15	34	10	1,16	3

		Durata tratament/ani			*Nr. neuroleptice*		
		<1	*1—6*	*6—10*	*0*	*1—3*	*3—5*
Schizofrenii nediferenţiate şi dezorganizate	76	3	3	70	1	40	35
Schizofrenii paranoide	78	1	5	72	0	42	36
Alte schizofrenii	56	0	5	51	0	44	12
Total schizofrenii	210	4	13	193	1	126	83
Schizofrenii afective	40	0	1	39	0	27	13

	Durata tratament/ani			*Nr. neuroleptice*		
	< 1	*1—6*	*6—10*	*0*	*1—3*	*3—5*
Grupa A	5	13	57	2	38	35
Grupa B	9	10	122	1	86	54
Grupa C	2	3	87	0	55	37

Aceste rezultate sînt mai puţin încurajatoare decît cele ale altor studii. Se poate spune, în general, că bolnavii cu nivelul cel mai ridicat de adaptare şi-l reduc în timp, cei cu nivel mediu şi-l păstrează într-o oarecare măsură şi cei cu nivel foarte scăzut şi-l ameliorează uşor.

Analiza datelor studiilor asupra evoluţiei schizofrenilor orientează asupra unor parametri care ar putea fi sistematizaţi astfel :

- prognosticul bolii s-a îmbunătăţit semnificativ de-a lungul timpului, în mod constant ;
- evoluţiile spre remisie au devenit mai frecvente ;
- peste 3/4 din bolnavi au simptome care persistă între episoadele acute ;
- există un deficit psihic obiectivabil la 2/3 din bolnavii cronici spitalizaţi şi la 1/5 din bolnavii ambulatori ;
- „defectul pur" (HUBER) se poate întîlni la 4/5 din foştii bolnavi ;
- handicapul social se întîlneşte la 2/3 din cazuri ;
- forma bolii influenţează puţin prognosticul ;
- eficienţa neurolepticelor pare reală pe termen scurt şi mediu, descrescînd după 10—20 ani de evoluţie a bolii.

Prognosticul nefavorabil este influenţat de :

- izolarea socială ;
- durata mare a episoadelor acute ;
- existenţa unor tratamente psihiatrice în antecedente ;
- celibatul ;
- inadaptarea anterioară bolii ;
- tulburările comportamentale din copilărie
- absenţa elementelor timice din simptomatologie, prezenţa anhedoniei.

TABEL CLXXVIII

Factori care influenţează evoluţia schizofreniilor

	+	—
Debut	Acut, confuziv	Insidios, fond de conştiinţă clară
Vîrstă	Înaintată	Tînără

TABEL CLXXVIII (continuare)

	+	–
Formă clinică	Catatonică, paranoidă	Simplă, hebefrenică
Tablou clinic	Cu tulburări afective	Cu tulburări de gîndire
Constituţie	Picnică	Displastică
Personalitate	Armonică	Schizoidă
Nivel intelectual	Ridicat (?)	Redus
Factori precipitanţi	Prezenţi	Absenţi
Ereditate	Cu boli afective	Cu alte psihoze
Terapie	Completă, gradată	Întîrziată, întreruptă
Familie	Cooperantă, organizată	Indiferentă, dezorganizată

Simptomele prezente în tabloul clinic au o evoluţie diferită în timp, în ceea ce priveşte intensitatea. Astfel, ideile suicidare şi de influenţă, pseudohalucinaţiile, atimhormia, derealizarea, lipsa de concentrare se ameliorează mult. În schimb, labilitatea emoţională, disociaţia vorbirii, pierderea interesului şi perplexitatea se ameliorează mai puţin. Foarte puţin se modifică stereotipiile comportamentale, scăderea libidoului, negativismul, halucinaţiile corporale.

În linii generale, se poate vorbi de o remisie (vindecare) într-un sfert din cazuri, de stări cronice uşoare pentru jumătate din cazuri, de stări cronice grave sau severe pentru 1/5—1/4 din cazuri. Se consideră că 1—5% din bolnavi pot deceda în timpul fazelor acute.

După H. LEHMAN şi R. CRANS, în momentul de faţă, evoluţia şi prognosticul schizofreniei se înscriu în următorii parametri :

- circa 70% din bolnavii spitalizaţi sau trataţi prin alte modalităţi *devin asimptomatici* după trei luni de la episodul acut ;
- 85% din pacienţi se internează mai *rar de o dată pe an* ;
- aproximativ 60% din pacienţi sînt *remişi social* mai mult de 5 ani, avînd o bună funcţionalitate mai mult de jumătate din acest timp ;
- circa 30% din bolnavi prezintă fenomene psihopatologice evidente, dar pot rămîne în comunitate cea mai mare parte a timpului ;
- doar 10% din bolnavi necesită o spitalizare continuă.

116. **SCHIZOFRENOZIS** (cf. *schizo-* ; gr. *phren* „spirit") ● Prin acest termen, SOUTHARD delimitează relaţiile interumane de tip schizofren.

117. **SCHIZOGIRIE** (cf. *schizo-* ; lat. *gyrus* „circuit, întoarcere") ● Separare parţială a girurilor.

118. **SCHIZOGRAFIE** (cf. *schizo-* ; gr. *graphein* „a scrie") ● Semnifică totalitatea tulburărilor de expresie grafică din schizofrenie ; au fost reunite sub această denumire de LEVY-VALENSI.

119. **SCHIZOIDĂ — personalitate** ● Personalitate ale cărei caracteristici principale sînt : incapacitatea de a stabili relaţii sociale, răceală emoţională, absenţa căldurii sentimentelor şi a capacităţii de rezonanţă simpatetică, izolare, indiferenţă la opiniile celorlalţi.

Primele încercări de delimitare a tulburării au fost făcute de E. BLEULER, A. HOCH şi A. MEYER la începutul secolului nostru. Diferite studii stabilesc o prevalenţă a acestei tulburări în proporţie de 3% (HESTON) pînă la 7,5% (ROSENTHAL), iar CADORET găseşte o prevalenţă sporită la sexul masculin. (→ PERSONALITATE DIZARMONICĂ).

120. **SCHIZOIDIE** (cf. *schizo-* ; gr. *eidos* „formă") ● Constituţie predispozantă schizofreniei (considerată astfel de autorii germani — KRETSCHMER). Se constituie prin accentuarea trăsăturilor schizotimiei. În concepţia acestor autori, există axul schizotimie→ schizoidie → schizofrenie, care nu reprezintă însă o succesiune necesară sau obligatorie. Schizoidul are, în contactul cu lumea exterioară, trăsături care frizează autismul (→ SCHIZOIDĂ — personalitate).

121. **SCHIZOKINEZĂ** (cf. *schizo-* ; gr. *kinesis* „mişcare") ● Disocierea, în experimentele de condiţionare, a răspunsului emoţional sau visceral de cel motor (GANTT, 1958). Ar fi un mecanism normal propriu organismului.

122 **SCHIZOMANIE** (cf. *schizo-* ; gr. *mania* „nebunie") ● Concept propus de H. CLAUDE pentru a delimita formele atenuate ale disociaţiei intrapsihice (aplatizarea afectivă şi disocierea fiind fruste, abia schiţate). Schizomania era plasată de autor în cadrul schizozelor, între schizoidie şi schizofrenie.

Pe plan comportamental, schizomania se manifestă, după CLAUDE, prin bizarerii.

Autorul a delimitat mai multe tipuri de schizomanii :

- cu puerilism mintal ;
- cu tulburări afective nete de tip maniacal ;
- cu manifestări comportamentale ;
- forme atenuate (cu apragmatism sexual şi bizarerii).

Termenul nu s-a impus datorită marii sale imprecizii.

123. **SCHIZONEVROZĂ (SCHIZOFRENIE) CLAUDE** (cf. *schizo-* ; fr. *névrose* : vezi gr. *neuron* „nerv") — sin. SCHIZOFRENIE PSEUDONEVROTICĂ $\overset{\text{sin.}}{\longrightarrow}$ ASISTOLIE NEVROTICĂ

124. **SCHIZONOIA** (cf. *schizo-* ; gr. *noos* „spirit, inteligenţă, raţiune") ● Concept controversat, fără o prea largă circulaţie, lansat de psihiatria franceză, referitor la simptomatologia schizofreniei. Redăm semnificaţiile originare ale acestui termen :

- tendinţă generală spre discordanţă între atitudinea pe care un subiect încearcă să o ia în mod conştient în viaţă şi activitatea sa psihică inconştientă (PICHON, citat de M. POROT) ;
- regresiune afectivă, considerată ca o „deviaţie a instinctului uman, a cărui evoluţie, în decursul existenţei, ar fi fost împiedicată, fie din motive congenitale, fie de împrejurări accidentale, atît organice, cît şi psihice" (CODET şi LAFORGUE, citaţi de MARCHAIS).

Din această perspectivă, autismul bleulerian a fost considerat drept o activitate de compensare a deficienţelor de adaptare ale bolnavului. S-a atribuit o sferă prea largă de semnificaţii schizonoiei, subsumîndu-i-se schizofrenia lui BLEULER, schizofrenia lui CLAUDE, demenţa precoce a lui KRAEPELIN, nebunia discordantă a lui CHASLIN. Aceste delimitări sînt respinse ferm de către psihiatrii francezi moderni (POROT, 1985).

125. **SCHIZOPARAFAZIE** (cf. *schizo-* ; gr. *para-* „/pe/ lîngă" ; *aphasia* „incapacitate de a vorbi") ● Termen utilizat de BOBON (1962), pentru a exprima forma cea mai gravă, gradul extrem al discordanţei, al disociaţiei semantice. MOOR o descrie ca o utilizare fără sens a cuvintelor, prin pierderea completă a legăturii care, în mod normal, uneşte semnificatul cu semnificantul.

126. **SCHIZOPARAGRAFIE** (cf. *schizo-* ; gr. *para-* ; *graphein* „a scrie") $\overset{\text{sin.}}{\longrightarrow}$ AUTOPARAGRAFIE.

127. **SCHIZOPARALEXIE** (cf. *schizo-* ; gr. *para-* ; *lexis* „cuvînt") $\overset{\text{sin.}}{\longrightarrow}$ AUTOPARALEXIE.

128. **SCHIZOPATIE** (cf. *schizo-* ; gr. *pathos* „încercare, experienţă") ● Termen pe care BLEULER l-a utilizat în legătură cu acei subiecţi ale căror tendinţe schizoide constituţionale determină reacţii mai intense, ce amintesc tabloul schizofreniei, fără să existe însă un proces morbid evolutiv. POROT (1985) îl asimilează termenului de SCHIZOTIMIE.

129. **SCHIZOTAXIE** (cf. *schizo* ; gr. *taxis* „ordine, aranjament") ● Defect genotipic de integrare nervoasă, postulat de P. MEEHL în 1962. După acest autor, învăţarea socială aplicată acestui genotip conduce către o anumită organizare a tipului de personalitate, care este predispusă către decompensări de tip schizofren.

Trăsăturile caracteristice ale acestui tip de personalitate ar fi :

— tulburări de gîndire de diferite grade ;
— incapacitatea de a se bucura ;
— ambivalenţă ;
— aversiune pentru relaţiile umane.

P. MEEHL nu consideră aceste trăsături ca fiind moştenite, ci învăţate social. Numai împreună, predispoziţia genetică şi învăţarea socială determină organizarea de tip schizofrenic a personalităţii. Cu un model social inadecvat (masa schizofrenică, după autor) sau fără o rezistenţă psihofizică deosebită, predispoziţia devine manifestă. Persoanele predispuse pot să nu devină schizofrene atîta timp cît mediul social nu le este ostil sau dacă, în afară de aceasta, au moştenit o rezistenţă generală la stres, o toleranţă a anxietăţii sau vigoare fizică.

Ipoteza schizotaxiei este complexă, combinînd factori care ţin de teoria învăţării, cu factori genetici şi explicînd, de exemplu, incidenţa mai crescută a copiilor schizofreni în familiile cu mame schizofrene sau în familiile cu părinţi psihotici nonschizofreni.

După P. MEEHL, copilul învaţă să gîndească logic, să aibă indiosincrazii, idei delirante sau alte manifestări psihotice.

Studii asupra copiilor adoptaţi de la mamele schizofrenice pledează pentru existenţa unor trăsături neurobiologice predispozante (dezvoltare cognitivă, emoţională şi relaţională scăzută, dependenţă), plasticitate crescută a sistemului nervos, afectînd un număr de sisteme neurale (un creier imatur este mai plastic decît unul matur) ; natura specifică a acestei plasticităţi nu poate fi însă determinată.

130. **SCHIZOTIM-SCHIZOTIMIE** (cf. *schizo* ; gr. *thymos* „spirit") ● Tip temperamental descris

în studiile caracteriologice ale lui E. KRETSCHMER (abordat mai pe larg în opera lui BLEULER — 1920), bazate pe concepţia că proprietăţile unui caracter sînt date de posibilităţile sale de a reacţiona, de a recepţiona, de capacitatea de retentivitate, de elaborare şi de rezolvare, ce definesc o anume experienţă trăită.

Opunînd cele două temperamente — ciclotimul şi schizotimul —, KRETSCHMER le descrie după criteriul psihestezic al tempoului psihic, cel al motricităţii şi al biotipului.

Astfel, schizotimul este caracterizat prin : proporţie psihestezică între hiperestezie (sensibilitate) şi anestezie (răceală), curbă temperamentală în salturi între indiferenţă şi tenacitate, manieră alternativă de a gîndi şi a simţi, inadecvarea excitaţiei, comportament rigid, obstinant, neputinţă; biotipul este leptosom.

În succesiunea descrisă de autorul german (1921), schizotim → schizoid → schizofren, prima categorie include persoanele sănătoase, a doua psihopaţii, iar cea de-a treia bolnavii.

Admiţînd dificultatea de delimitare între schizoizi şi schizotimi, KRETSCHMER îi descrie pe aceştia din urmă ca fiind delicaţi, idealişti, străini de lume, egoişti, dominatori, reci, seci şi neputincioşi. Ca poeţi sînt patetici, romantici, lirici şi dramatici, iar ca savanţi sînt predispuşi spre abstracţie şi metafizică, sistematizări conceptuale. Ca lider, schizotimul este fanatic, idealist, moralist, despot, luînd decizii la rece, de multe ori idealismul şi despotismul coexistînd într-o strînsă legătură şi într-un contrast bizar.

SIVADON caracterizează schizotimul prin introspecţie, o anumită timiditate, cu reacţii inadecvate la situaţie, tendinţă spre idealism, contacte sociale restrînse.

Ieşind din uzul psihiatric curent, termenul de schizotim păstrează, ca dealtfel întreaga tipologie kretschmeriană, numai un interes istoric.

131. **SCHIZOTIPALĂ — personalitate** (cf. *schizo-* ; *gr. typos* „semn, amprentă, marcă") ● Tip de personalitate dizarmonică (tulburare de personalitate în limbajul psihiatrilor americani), făcînd trecerea către psihoza de tip schizofren. Termenul a fost introdus în terminologia psihiatrică de autorii americani (1980), în urma unor studii familiale. În concepţia altor autori, ar corespunde termenului de schizoidie, schizofrenie latentă sau pseudonevrotică. Trăsăturile de bază ale acestui tip de personalitate, manifestate după adolescenţă, constau în aspectul de stranietate pe care îl degajă modul de a gîndi şi de a se comporta al subiectului, ca şi în deficienţa marcată în stabilirea relaţiilor interpersonale, dar fără a atinge gradul de intensitate al tulburărilor din psihozele de tip schizofren.

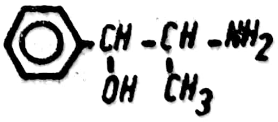
RADO, în cadrul sistemului psihiatriei psihanalitice, conceput de el, clasifică tulburările de comportament schizotipal în : schizoadaptare compensată, schizoadaptare decompensată, dezintegrare schizotipală prin imposibilitatea adaptării.

Situată la graniţa dintre personalitatea schizoidă şi schizofrenie, pe primul plan în tabloul clinic al personalităţii schizotipale se află tulburările din sfera gîndirii şi, implicit, a comunicării, alături de capacitatea crescută de receptare a stării de spirit a interlocutorului, de afirmare a unei gîndiri magice, subiectul avînd o lume interioară populată de relaţii fictive, frici şi fantasme cu origine în copilărie. Convingerea în „super-calităţile" proprii, tendinţa spre interpretativitate (în absenţa unor tulburări nete de gîndire), unele tulburări de percepţie de tipul iluziilor macropsice completează cadrul semiologic al acestei personalităţi structurate dizarmonic (→ PERSONALITATE DIZARMONICĂ).

132. **SCHIZOZE** ● Grupă sindromologică în care H. CLAUDE reuneşte tulburările de tip disociativ aparţinînd schizoidiei, schizomaniei, schizofreniei. El separă schizozele de demenţa precoce, pe care o consideră ca avînd o bază organică şi o evoluţie asemănătoare encefalitelor, constituind un deficit intelectual incurabil. După părerea sa, la baza schizozelor stau alterări funcţionale ale asociaţiilor cortico-talamo-striate. Concepţiile elaborate de CLAUDE, opuse nosologiei bleuleriene, au stimulat o serie de cercetări noi asupra unor forme atenuate de schizofrenie.

133. **SCHLAFTRUNKENHEIT** (germ.) — sin. IVRESSE DU SOMMEIL (fr.) ; SLEEP DRUNKENNESS (engl.) $\xrightarrow{sin.}$ OBNUBILARE DE TREZIRE.

134. **SCHLANK SCHLANK EB 2000$^{(M)}$** Germania — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, indicat în astenie, involuţie, sevraj, obezitate secundară curei neuroleptice. Nu se asociază cu IMAO.



135. **SCHLEMIHL$^{(S)}$ sindrom** (eroul lui CHAMISSO — Peter SCHLEMIHL) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DUPRÉ-MERKLEN$^{(S)}$ sindrom.

136. **SCHLESINGER-POOL ^{S} simptome ●** Simptom prezent în tetanie : supinație reflexă a piciorului, consecutiv unei flexii impuse, de 2—3 minute, a articulației genunchiului (în poziție clinostatică). A fost descris în 1910 de SCHLESINGER și POOL.

137. **SCHMIESCHEK$^{(T)}$ chestionare ●** Metodă de investigație a personalității, pornind de la teoria lui K. LEONHARD asupra personalităților accentuate. Testul conține 88 de întrebări, care permit relevarea a zece tipuri diferite de personalitate. Este folosit atît pentru diagnosticul personalității premorbide, cît și în studiul personalității bolnavilor psihosomatici. În țările unde concepția lui LEONHARD este acceptată, au fost dezvoltate variante pentru adulți, copii și adolescenți (BLEIHER, KURK etc.). Testul a fost introdus în practică în 1970.

138. **SCHNEIDER Kurt** (1887—1967) **●** Psihiatru german, cunoscut drept „ultimul clasic al psihiatriei“ (KISKER, 1968). SCHNEIDER este cel căruia clinica pishopatologică îi datorează în mare parte posibilitatea susținerii unui diagnostic transversal, domeniul său de cercetare fiind, în special, simptomatologia, și mai puțin aspectul dinamic, evolutiv al bolii.

Născut la Crailsheim, SCHNEIDER își consacră adolescența și tinerețea studiului filozofiei și medicinei, obținîndu-și docența în 1919 la Köln. În 1922, i se acordă titlul de profesor extraordinar. Din 1946 pînă în 1955, funcționează ca profesor al Clinicii din Heidelberg. Concepțiile sale sînt puternic influențate de opera jaspersiană. Tentat mai mult de metoda descriptivă, elaborează o tipologie a simptomelor, rămasă clasică, în lucrarea „Personalitățile psihologice“ (1923).

În 1935, publică „Psihopatologia sentimentelor și instinctelor“, iar în 1946 — „Psihopatologie clinică“, lucrare cu un răsunet mondial deosebit (tradusă în franceză, spaniolă, italiană, greacă, japoneză), devenită carte de referință a psihiatriei, atît datorită clarității limbajului folosit, cît și, mai ales, datorită prezentării elementelor de diagnostic al stărilor schizofrenice. Identificarea în simptomele schizofrenice a simptomelor de „prim rang“ și de „al doilea rang“ a devenit, prin rigurozitatea descrierii, un element constitutiv al unei mari părți de criterii diagnostice de cercetare, fiind în ultimul deceniu introdusă în semiologia psihiatrică anglo-saxonă, adoptată și de alte școli, europene mai ales.

Deși opera sa își păstrează valoarea și actualitatea, lui SCHNEIDER i se poate totuși reproșa o oarecare simplificare a problematicii psihopatologice, prin neglijarea aspectului dinamicii psihosociale și a perspectivelor etiologice și evolutive.

139. **SCHOLZ$^{(B)}$ boală** — sin. LEUCODISTROFIE METACROMATICĂ DIFUZĂ ; LIPIDOZĂ CU SULFATIDE → LEUCODISTROFII.

140. **SCHOLZ$^{(S)}$ sindrom ●** Considerat de BAKER, BRAIN, PORIER drept o formă de scleroză cerebrală difuză, consecutiv degenerescenței capilarelor cerebrale. Survine la vîrstnici (75—80 ani), caracterizîndu-se prin : dezorientare temporospațială, afazie, agnozie cecitate corticală. Are evoluție lentă.

141. **SCHREBER Daniel Paul** (1842—1911) **●** "Președintele SCHREBER" — cel mai celebru bolnav al psihanalizei (și chiar al psihiatriei).

A studiat dreptul și a activat ca magistrat. În 1884, cînd funcționa ca judecător la tribunalul din Chemnitz, este învins în alegerile pentru Reichstag, la care candidase. A avut o primă internare de șase luni în Clinica de boli mintale din Leipzig. Ulterior, este numit președinte al tribunalului din Leipzig, apoi președinte al Curții de Apel din Dresda. În 1894 a fost internat pentru a doua oară, de data aceasta pentru o perioadă mai lungă (pînă în 1902). Ultima internare a durat din 1907 pînă la sfîrșitul vieții sale.

În 1903 publică „Memoriile unui nevropat“ (22 de capitole cu două serii de completări), carte care va constitui materialul documentar al uneia din cele „Cinci psihanalize“ ale lui FREUD. Lucrarea a adus celebritate atît maestrului vienez (este prima încercare de abordare a psihozei din punct de vedere psihanalitic), cît și „președintelui“ (la acea dată, decedat), devenit caz princeps. Deși nu a fost niciodată pacientul lui FREUD (fiind tratat de FLECHSIG, căruia i-a adresat o scrisoare deschisă, anterior "Memoriilor"), analiza făcută de părintele psihanalizei a rămas un model absolut de aprofundare pertinentă a psihopatologiei din punct de vedere psihodinamic. Contestînd sau aprobînd vehement punctul de vedere freudian, o serie de psihanaliști și psihiatri, atît francezi, cît și germani, au reluat analiza de caz, reușind să întregească zestrea conceptuală a abordării psihanalitice a paranoiei.

142. **SCHROEDER Van Der KOKL, Ludovicus** (1797—1862) **●** Primul psihiatru adevărat al Olandei. De numele său se leagă reforma asistenței medicale psihiatrice din Olanda (legea din 1841), umanizarea spitalelor, introducerea învățămîntului superior de psihiatrie (1840—1842) și publicarea primului tratat de

psihiatrie, intitulat „Patologia şi terapia alienaţilor mintal" (apărut imediat după moartea sa).

143. **SCHRÖDER Paul** (1873—1941) ● Psihiatru german. Elev al lui KRAEPELIN şi BONHÖFFER, a predat psihiatria la Leipzig.

Dezvoltă concepţia psihozelor degenerative şi are contribuţii importante în domeniul psihopatologiei generale. Dintre lucrările sale pot fi menţionate: „Psihozele alcoolice cronice" (1905), „Simptomatologia psihozei maniaco-depresive şi a psihozelor degenerative" (1920), "Halucinaţiile" (1926).

144. **SCHUELE* semn** $\xrightarrow{sin.}$ OMEGA MELANCOLIC.

145. **SCHULTE Walter** (1910—1972) ● Psihitru şi psihoterapeut german, elev al lui BERGER. Conduce timp de un deceniu (1962—1972) catedra de la Tübingen. Dintre lucrările sale pot fi citate: „Crizele vasomotorii sincopale" (1967); „Clinica şi tratamentul melancoliei" (1969). A promovat direcţii noi de dezvoltare pentru psihoterapie.

146. **SCHULTE$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom caracterizat prin apariţia unei simptomatologii psihice de tip organic, ca urmare a restricţiei protidice îndelungate. Radiologic, se poate înregistra o lărgire a cavităţilor ventriculare, în special a ventriculului al treilea, iar pe traseul electroencefalografic apar modificări difuze nespecifice. Dintre simptomele psihice pot fi menţionate: ştergerea trăsăturilor de personalitate individuale specifice, scăderea reactivităţii, hipobulie, scădere a nivelului timiei şi a oscilaţiilor dispoziţionale.

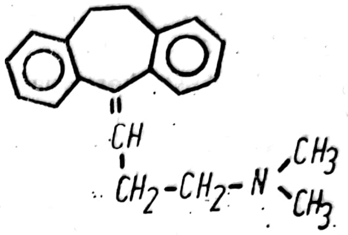
147. **SCHULTZ Johannes Henrich** (1889—1970) ● Psihiatru şi psihoterapeut german, autor al metodei trainingului autogen (1920), care îi poartă şi numele. Conduce între 1939 şi 1945 Institutul de Psihoterapie din Berlin. Este mai puţin cunoscut faptul că, împreună cu FRANKL, a stabilit o nouă clasificare a nevrozelor şi a mijloacelor de abordare terapeutică a acestora.

Istoria psihiatriei îl identifică practic cu lucrarea sa despre trainingul autogen, care are o răspîndire deosebită, fiind retipărită în zeci de ediţii.

148. **SCHULTZE* semn** (descris de SCHULTZE Friedrich, 1848—1934) — sin. WEISS* semn $\xrightarrow{sin.}$ CHVOSTEK* semn.

149. **SCHULTZE$^{(S)}$ sindrom** → ACROPARESTEZIE.

150. **SCHUVEL$^{(M)}$** Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat benzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a, d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$ — propilamină, cu acţiune antihistaminică şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ$^{(M)}$.



151. **SCHWANN — teaca** — NEUROLEMĂ; TEACĂ DE MIELINĂ → NEURON.

152. **SCHWANNOAME** (cf. *SCHWANN*, neurolog german) ● Tumori ale nervului acustic (neurinoame de nerv acustic), care se dezvoltă din teaca lui Schwann, cu frecvenţa cea mai crescută dintre tumorile de nervi cranieni (pînă la 10% din tumorile craniene); apare mult mai frecvent la femeile adulte.

Se localizează în unghiul cerebelopontin şi simptomele se datorează prinderii nervului acustic şi compresiei nervilor adiacenţi, trigemen şi facial, ca şi a cerebelului. Tumora este benignă şi poate fi, în mod curent, complet excizată. Radioterapia nu este eficientă. Din punct de vedere anatomopatologic, schwannomul apare macroscopic ca o masă fermă, încapsulată, neregulată, înconjurînd nervul acustic.

Microscopic, apar frecvent celule fibroblastice alungite, cu nuclei negri, asociate cu o cantitate excesivă de ţesut conjunctiv cu fibre de colagen,

Schwannoamele pot apărea în cadrul unor neurofibromatoze generalizate, al bolii Recklinghausen congenitale, iar cînd survin izolat, au deseori caracter ereditar.

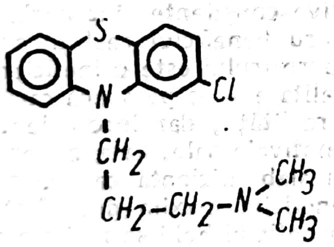
153. **SCHWARTZ-JAMPEL$^{(S)}$** ● Sindrom observat de W. CATEL în 1951, descris însă în 1962, caracterizat prin nanism, miotonie, blefarofimoză congenitală, expresie facială bizară şi gripoza genunchilor. Afecţiunea are o mare variabilitate fenotipică (A. HUFFELEN, F. J. GABRIEELS etc.).

Examenul electromiografic evidenţiază o activitate bioelectrică spontană continuă, iar studiul ultrastructural al muşchiului relevă, constant, prezenţa unor corpi lamelari electronodenşi, localizaţi subsarcolemial sau intermiofibrilar. FOWLER şi colaboratorii (1974) consemnează dilatarea reticulului sarcoplasmatic, atît în muşchi, cît şi în fibroblaşti. Activitatea acetilcolinesterazei este difuză, avînd analogii cu activitatea ei normală în muşchiul embrionar. Studiul plăcii motorii arată modificări de tip hipertrofic şi hiperplazic, asemănătoare celor din sindromul „Stiff-Man".

154. **SCIENTISM** (cf. lat. *scientia* „ştiinţă") ● În sens larg, investirea ştiinţei cu virtutea de a răspunde la toate întrebările omului sau, într-o interpretare mai circumspectă, convingerea că numai problemele ce pot fi soluţionate ştiinţific sînt autentice, dincolo de marginile ştiinţei nefiind decît „ideologie", spaţiu nedefinit al orbirii practice şi al delirului metafizic.

În sens strict, doctrină pozitivistă iniţiată în secolul al IX-lea (COMTE, Le DANTEC, TAINE ş.a.), axată pe convingerea că progresul cunoaşterii „pozitive" a faptelor poate să alunge necunoscutul, clarificînd toate zonele de mister ale fiinţei — în care se strecoară obscurantismul speculaţiei filozofice sau paradoxia dogmatică a religiei — şi oferind răspuns la toate interogaţiile spiritului omenesc, pe baza demonstraţiei ştiinţifice riguroase.

155. **SCIERACTIL(M)** SUA — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10- (3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică, vago- şi simpaticolitică. Potenţează acţiunea anestezicelor, hipnoticelor şi analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).



156. **SCIMINAN(M)** Spania — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

157. **SCINTIGRAFIE CEREBRALĂ** (cf. lat. *scintilla* „scînteie" ; gr. *graphein* „a /în/scrie") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GAMAENCEFALOGRAFIE.

158. **SCLERO-** (cf. gr. *skleros* „dur, tare") ● Element de compunere care introduce semnificaţia de duritate, tărie.

159. **SCLEROFONIE** (cf. *sclero-* ; gr. *phone* „voce") ● Voce lemnoasă.

160. **SCLEROZĂ ATROFICĂ LOBARĂ(B)** — sin. DIPLEGIE CONGENITALĂ ; DIPLEGIE SPASTICĂ INFANTILĂ ; PARAPLEGIE CEREBRALĂ ; PARALIZIE CONGENITALĂ SPASTICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LITTLE(B) boală.

161. **SCLEROZĂ DISEMINATĂ(B)** — sin. SCLEROZĂ ÎN PLĂCI ; SCLEROZĂ MULTIPLĂ ; CHARCOT-VULPIAN(B) boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LEUCONEVRAXITĂ(B) boală.

162. **SCLEROZĂ LAMINARĂ CORTICALĂ MOREL(B)** (cf. *sclero* — ; lat. *lamina* „lamă") — sin. SPONGIOZĂ LAMINARĂ ● Tip de encefalopatie alcoolică, caracterizat anatomopatologic prin spongioză şi glioză ale celui de al treilea strat cortical şi necrozarea corpului calos $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MOREL (B) boală.

163. **SCLEROZĂ TUBEROASĂ(B)** — sin. BOURNEVILLE — PRINGLE — HARTDEGEN(B) boală ; EPILOIA SHERLOCK ; FACOMATOZĂ BOURNEVILLE — VAN DER-HOEVE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BOURNEVILLE(B) boală.

164. **SCOARŢĂ CEREBRALĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CORTEX CEREBRAL.

165. **SCOB(B) boală** — sin. HEMIATROFIE CEREBRALĂ ● Afecţiune care apare pe fondul unei leziuni primitive cerebrale şi se caracterizează prin hemiatrofie, iar clinic prin oligofrenie profundă şi crize convulsive generalizate tonico-clonice.

Microscopic, în substanţa cenuşie există o rarefacţie neuronală (mai ales în stratul al treilea), dublată de o proliferare glială difuză, mai intensă în jurul vaselor (benzi gliale perivasculare).

Originea atrofiei trebuie căutată îndeosebi în procesele vascular-inflamatoare, care determină anoxia difuză, gravitatea leziunilor parenchimatoase, rarefacţia şi induraţia neuronilor, atrofia şi scleroza cerebrală depinzînd de gradul acesteia.

Evoluţia şi prognosticul sînt nefavorabile, datorită deficitului mintal accentuat şi epilepsiei asociate.

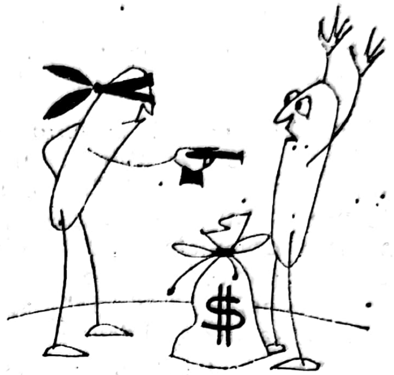
166. **SCOP** (cf. lat. *scopus*) ● Prefigurare mintală a rezultatului final al unei acţiuni pe care individul o proiectează ca soluţie practică

a nevoilor şi aspiraţiilor sale. În procesul de fixare, de urmărire şi realizare a scopului intervin, într-o unitate complexă, motivaţia (cognitiv-informaţională sau nomologică, normativ axiologică sau psihologică), intenţionalitatea, voinţa, elaborarea unei strategii acţionale, evaluarea consecinţelor probabile ale acţiunii prefigurate etc. Concepute antropomorfic, teoriile finalist-teleologice ipostaziază scopul ca determinînd întreaga devenire a realităţii, în toate straturile ontice, care este orientată spre împlinirea unui ţel cosmic, întruchipînd raţiunea şi voinţa divină. În consonanţă cu rezultatele investigaţiilor ştiinţifice, scopul este definit drept o categorie specifică statutului existenţial al omului, formă de finalitate conştientă, constituită în procesul social-istoric al antropogenezei. Stabilite în concordanţă cu determinismul obiectiv şi cu posibilităţile acţionale eficiente de care dispune agentul acţiunii, scopurile devin componente esenţiale în afirmarea pozitivă a libertăţii umane.

Referitor la procesele voliţionale, scopul funcţionează ca susţinător şi reglator al acţiunii ; el se fixează într-o imagine mintală, o reprezentare a rezultatului — în acest sens, scopul este în mod conştient dorit, acceptat şi urmărit.

Referitor la procesele motivaţionale, scopul este diferit de motiv, dar, în unele cazuri, se poate confunda cu motivul ; indiferent de situaţie, scopul este strîns legat de motiv, întrucît obiectivitatea/realizarea scopului este determinată şi susţinută de o motivaţie ; se deosebeşte de motiv în măsura în care motivul reprezintă o cauză energetică, iar scopul o finalitate a acestei cauze (deci o finalitate a acţiunii declanşate de o trebuinţă). Astfel, motivul răspunde la întrebarea „de ce ?", iar scopul la întrebarea „încotro, către ce ?" (aici intrînd şi mijloacele de realizare a acţiunii) ; nu există scop care să nu fie generat de un motiv anume, conştient sau nu. Prefigurarea scopului derivă din motiv ; prin analiza scopului se poate ajunge la delimitarea şi sesizarea motivului. Un scop are la origine un singur motiv sau mai multe, după cum unui motiv îi corespund unul sau mai multe scopuri. Scopurile se leagă mai mult de lumea exterioară, întrucît o acţiune îşi găseşte finalizarea în exterior, prin alegerea unor obiecte exterioare sau prin crearea lor. Orice scop însă, este în primul rînd legat de un motiv, mai mult sau mai puţin specific scopului în sine.

Modificarea scopului în natura sa este rezultatul fie al unui proces psihopatologic (morbid), fie al unui proces normal în cadrul activităţii umane, în special în activitatea de creaţie.



ADLER, vorbind despre caracterul nevrotic, îl defineşte ca „acel caracter pus în serviciul unui scop fictiv", scop construit de o „suprastructură psihică compensatorie". Acest scop „fictiv este impregnat de revendicări virile pentru a elimina orice cauză de umilire durabilă". De fapt, afirmaţiile lui ADLER referitoare la sentimentul inferiorităţii organice, la structura psihică compensatoare şi la nevroza ca produs al scopului fictiv trimit la teoria lui FREUD despre nevroză, la motivul inconştient, la evenimentul traumatic refulat ; de fapt, scopul nevrotic este scopul ale cărui motive conştiente sînt neclare, nevalide în raport cu beneficiul real în acţiune. Ineficienţa nevroticului este o ineficienţă a invertirii în realitate — o persoană care acţionează în planul realităţii, dar inconştient în ceea ce priveşte motivele sale, este o persoană ineficientă sau slab eficientă ca realizare (ea nu obţine beneficiul maxim din eforturile sale ; evident, beneficiul bolii se resimte ca superior beneficiului realităţii, fapt pentru care nevroticul renunţă greu atît la boala în sine, cît şi la sistemul relaţiilor sale nevrotice). În perversiunile sexuale este vorba de modificarea scopului sexual în sensul de abatere de la scopul sexual normal, acest scop pervers constă în deplasarea tendinţei sexuale şi a actului către un obiect inadecvat sau în realizarea scopului sexual prin acţiuni anormale (→ PERVERSIUNE).

Manifestările isterice, crizele în special, au o motivaţie şi urmăresc un scop mai mult sau mai puţin conştientizat de către subiect şi mai mult sau mai puţin evident pentru anturaj. Criza isterică este în fond un mod de a protesta, de a refuza realitatea, care devine la un moment dat penibilă pentru subiect, avînd drept scop obţinerea unei modificări a acestei realităţi (modificare, de cele mai multe ori, imposibilă). Spre deosebire de psihotic, care refuză realitatea obiectivă, dar o înlocuieşte cu una proprie, cea a delirului său, istericul refuză şi el să accepte realitatea aşa cum este, dar nu o poate înlocui, de aici rezultînd dramatismul suferinţei sale. Scopul său ar putea fi satisfacerea „foamei afective" de care suferă. Modalitatea de exprimare şi realizare a acestui scop constă dintr-un ansamblu de atitudini (manifestări-semnal) prin care reclamă anturajului afectivitate.

În delirurile sistematizate cronice (dintre care, pentru exemplificare, vom considera ca prototip pe cel paranoic), scopul are un caracter exagerat subiectiv, posibilitatea atingerii lui fiind considerată de paranoic din punctul de vedere al „liberului arbitru", al „libertăţii depline de alegere", motivat de o necesitate şi cauzalitate proprii, care ignoră sau neagă condiţiile obiective sociale, ale comunităţii, nerespectînd desfăşurarea cauzală a fenomenelor. El este în afara determinismului social obiectiv. Am putea spune că paranoicul este singur cu scopul său în faţa lumii întregi, pe care vrea să o transforme după reguli şi principii delirante. Nu există nici în cadrul normalităţii şi nici în patologie un termen cu care să poată fi comparată perseverenţa neobosită (şi inepuizabilă) cu care paranoicul îşi urmăreşte scopul. Tacticile şi strategiile lui sînt nelimitate. Pentru el, într-adevăr, „scopul (scopul lui personal) scuză mijloacele". Întreaga activitate psihică este aservită pentru a motiva, a argumenta, a elabora tactici în vederea atingerii scopului, orice este în afara acestui scop nu-l interesează şi nimic din ceea ce este „în afară" nu-l poate influenţa. El este nu numai un „teoretician" al atingerii scopului, ci, mai ales, un luptător.

Dacă în paranoia scopul este „deturnat", în schizofrenie el este, privit din perspectiva obiectivităţii, distorsionat, pervertit într-o formă incoerentă şi incomprehensibilă, frizînd (şi atingînd) absurdul, pentru că, „autismul are ca rezultat transformarea existenţei într-o altă existenţă" (PAMFIL, OGODESCU — „Psihozele"). Schizofrenia produce o modificare de ansamblu, de anvergură a întregii vieţi psihice, care lansează individul într-o „lume proprie", lume în care se ajunge prin disoluţia unităţii Eului, prin alterarea prezenţei bolnavului printre ceilalţi oameni. „El se retrage sub presiunea unei înlocuiri a prezenţei printr-un vid, o enigmă, printr-o pseudonoutate ce nu mai este în legătură cu istoria reală a individului, care e un fel de produs al unei pseudomemorii sau al imaginaţiei care şi-a schimbat tematica, pînă devine un depersonalizat" (ibid). Această îndepărtare nu se produce numai faţă de ceilalţi oameni, ci şi faţă de realitatea obiectivă în totalitate (derealizarea).

Privind din perspectiva depersonalizării şi a derealizării în schizofrenie, nici nu am putea vorbi de existenţa unui scop ca formă particulară de finalizare, cu un determinism obiectiv. Totuşi, scopul schizofrenului există pentru el însuşi, aşa cum „există" şi „lumea" sa. El (scopul) este un ţel în această lume, avînd o motivaţie în funcţie de reperele axiologice ale acesteia, manifestîndu-se ca act de voinţă într-un mod propriu. Aşa cum „lumea" schizofrenului, privită de pe poziţia normalului, este incomprehensibilă şi absurdă, la fel este şi scopul lui. Pentru autist, scopul are o proiecţie mai ales teoretică, pentru sine ; el nu are forţa sau nici nu ţine să convingă. Comportamentul adoptat pentru realizarea scopului pare bizar, absurd (ca şi motivaţia), putîndu-se concretiza uneori în acte periculoase pentru subiect şi pentru societate.

Paranoicul îşi comunică clar şi precis scopul, schizofrenul îl comunică într-o manieră simbolistică, metaforică, proprie, incomprehensibilă.

Rămînînd în sfera manifestărilor de intensitate psihotică, menţionăm şi simptomatologia afectivă. Desigur că nu putem vorbi de un scop în manie sau, mai precis, succesiunea prea rapidă a motivaţiilor le împiedică să se constituie într-un sistem de elaborare a unui scop. Scopul, ca proiecţie în viitor, nu se poate constitui în gîndirea maniacalului, în care trecutul, prezentul şi viitorul sînt condensate, amalgamate în ludicul clipei pe care o trăieşte cu prea multă intensitate.

În depresia majoră, lipsa elanului vital, absenţa viitorului, inutilitatea clipei prezente şi durerea celei trecute fac imposibilă constituirea unui scop, cu excepţia celui... suicidar sau al omorului altruist (→ ALTRUISM, DEPRESIE, SUICID).

Gerontopsihiatria cunoaşte şi ea o „scopoză", care este comprehensibilă şi, pînă la un punct, acceptată de medici şi de anturaj. Ea apare ca o reacţie la „falsul abandon" (→ ABANDON), fals din punctul de vedere al anturajului, dar trăit ca o dureroasă realitate de bătrîn.

167. SCOP PULSIONAL ● Termen psihanalitic, desemnînd activitatea derivată din pulsiune, activitate prin care tensiunea internă este descărcată. Susţinerea şi orientarea acestei activităţi revin fantasmelor. Conceptul se leagă de o serie de alte concepte din teoria freudiană asupra pulsiunii (sursă, scop, obiect etc.). Generic, scopul pulsional se supune principiului constanţei (perspectiva economică asupra aparatului psihic) şi reprezintă satisfacţia pulsiunii;

printr-o descărcare de energie independent de calitatea acesteia. Scopul final este scopul specific al unei anumite pulsiuni ; există, în procesul satisfacerii pulsiunii, „scopuri intermediare". Ca scop sexual, ataşat pulsiunii sexuale, el se leagă de o anumită zonă erogenă în sexualitatea infantilă (în acest sens, este vorba de scopuri sexuale parţiale, dominate de zone erogene parţiale care nu s-au integrat încă stadiului genitalităţii ; astfel, pulsiunea orală are drept scop pulsional satisfacţia prin activitatea suptului). Sursa unei pulsiuni este totdeauna somatică (o localizare anume a trebuinţei), dar pulsiunea ca atare nu poate fi cunoscută decît prin/în activitatea specifică de satisfacţie, deci de realizare a scopului pulsiunii.

Aşadar, sursa determină scopul, iar realizarea scopului face posibilă cunoaşterea sursei (determinare reciprocă între existent şi cognoscibil). Scopul sexual în sexualitatea adultă se supune primatului genitalităţii (uniunea sexuală normală). Devierile de la normalitate reprezintă variante posibile, mai mult sau mai puţin aberante de realizare a scopului sexual (fie prin primatul unor zone erogene intermediare, fie prin deplasări ale obiectului de satisfacţie, acest din urmă caz fiind specific fetişismului). Indiferent de punctele de vedere asupra scopului pulsional (distincţia între pulsiuni, distincţia între activităţi de obţinere a plăcerii, distincţia între mecanisme psihice care modifică angajarea pulsiunii), sînt de reţinut două aspecte :

- scopul pulsional, în accepţiunea legăturii sale strînse cu sursa organică, are un sens delimitat de specificul pulsiunii, dar activitatea de satisfacere este redusă ;
- scopul pulsional, în accepţiunea tipului de activitate (sexuală), legată de tipul de obiect, trece în relaţie obiectuală.

→ PULSIUNE, PLĂCERE, SATISFACŢIE, SUBLIMARE, FETIŞISM, PERVERSIUNE.

168. **SCOPOFOBIE(F)** (cf. gr. *skopein* „a privi" ; *phobos* „frică") ● Teama patologică de a se afla în atenţia persoanelor din anturaj. Subiectul dă impresia unei timidităţi exagerate, pare ruşinos şi evită contactele sociale. Poate caracteriza personalităţile psihastenice, nevrozele obsesive.

169. **SCOPTOFILIE** (cf. gr. *skopein* „a privi" ; *philein* „a iubi") — sin. VOIERISM ● Perversiune sexuală constînd în satisfacerea plăcerii sexuale prin contemplarea actului sexual al altor persoane.

170. **SCOPTOFOBIE(F)** (cf. gr. *skoptein* „a-şi bate joc" ; *phobos* „frică") ● Teamă patologică nejustificată obiectiv, de a nu părea ridicol în faţa anturajului. Apare la personalităţi psihastenice, mai ales în perioadele de decompensare depresivă, la depresivi (nevroze, psihoze, reacţii) ; poate apărea şi în limitele normalului, în perioade de oboseală sau în faţa unor situaţii deosebite (examene, concursuri şi altele).

171. **SCOR** — teste (engl., fr. *score*) ● Rezultat numeric obţinut de subiecţii cărora li s-au aplicat teste psihologice. Scorurile pot fi brute sau standard. Scorurile brute sînt note obţinute direct prin corectarea testelor. Scorurile standard sînt notele obţinute prin raportarea notelor brute la etalonul testului. Exprimarea numerică a testelor face posibilă o mai bună ierarhizare a subiecţilor, precum şi verificarea corespunzătoare a unor calităţi determinante pentru eficienţa oricărui test psihologic : validitatea şi fidelitatea.

172. **SCORBUT INFANTIL** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BARLOW(B) boală.

173. **SCOTOFOBIE(F)** (cf. gr. *skotos* „întuneric" ; *phobos* „frică") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACLUOFOBIE(F).

174. **SCOTOM** (cf. gr. *skotos* „întuneric, orbire") ● Pată sau lacună ce apare în cîmpul vizual, ca urmare, în peste 95% din cazuri, a unor tulburări funcţionale la nivelul căilor optice.

Scotoamele se pot clasifica în :

- unice sau multiple ;
- după caracterul subiectiv, în negative şi pozitive ;
- după intensitate, în absolute (anulează vederea) şi relative (diminuează vederea) ;
- după localizare, centrale şi periferice.

Scotomul apare relativ frecvent în migrena oftalmică.

175. **SCOTOM PSIHIC** ● Prin analogie cu fiziopatologia vederii, termenul a fost extrapolat în psihologie şi psihiatrie (scotom psihic, scotomizare).

Scotomul psihic se referă la prezenţa unor omisiuni sau obscurităţi în desfăşurarea unor procese mnezice şi ideative (scotom mnestic, scotom ideaţional).

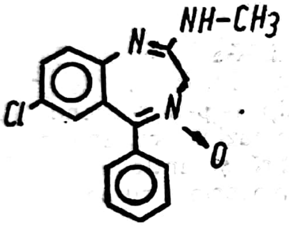
176. **SCOTOMIZARE** ● Termenul este utilizat în psihologie, desemnînd tendinţele de devalorizare sau de minimalizare a propriei persoane (sau a unei laturi a personalităţii), ori a acelora din anturajul subiectului. Poate fi examinată prin tehnici proiective de tip expresiv-pictografic (analiza şi interpretarea

lacunelor sau omisiunilor dintr-o figură, scenă sau personaj, reprezentate prin desen, în cazul aplicării unuia dintre testele Goodenough, Porot, Corman, Coch).

În psihopatologie, scotomizarea este rezultatul unui mecanism inconştient de apărare a Eului, prin care subiectul nevrotic sau cu personalitate dizarmonic structurată (mai ales de tip isteric) ori traumatizat psihic (în stare de şoc) neagă sau înlătură selectiv din conştiinţă, evenimente penibile sau dureroase trăite ori amintiri cu conţinut anxiogen, dezagreabil (LAFORGUE, PICHON, CAHEN), reprezentînd un fel de uitare cu scop defensiv.

Din această optică, termenul este similar celui de realitate denegată (engl. „denial of reality") sau de „Realitätsverleugnung" (germ.), utilizat de FREUD cu referire la refuzul unor psihotici şi fetişişti de a recunoaşte realitatea unor percepţii psihotraumatizante.

177. **SCREEN$^{(M)}$** SUA — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.



178. **SCREENING** (engl. *screening* „selecţie, probă") ● Metodă de selectare cu ajutorul unui test a unui grup de subiecţi caracterizaţi printr-o trăsătură comună. Tehnica presupune, evident, testarea întregii populaţii.

Testul trebuie să fie conceput astfel încît să poată depista cu un cost minim o proporţie cît mai mare din subiecţii care prezintă o anumită caracteristică. Ca exemple pot fi citate :

— testul de dozare a glicemiei pentru depistarea diabetului ;

— chestionarul de autoevaluare a stării psihice pentru depistarea bolilor mintale într-o populaţie (date despre istoricul bolii, evaluarea stării psihice actuale, formularea diagnosticului în vederea stabilirii tratamentului corespunzător).

179. **SCRIERE** (cf. lat. *scribere* „a scrie") — sin. LIMBAJ SCRIS ● Formă a comunicării ce se dezvoltă pe baza limbajului vorbit şi constă într-un sistem diferenţiat de semne grafice, care au rol de a transpune gîndirea în imagini grafice.

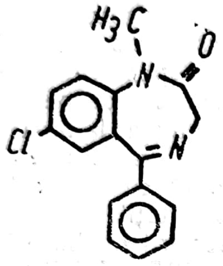
Învăţarea scrierii presupune existenţa unui anumit nivel de dezvoltare a gîndirii (corespunzător vîrstei mintale de 3—5 ani), a memoriei vizuale şi auditive, a praxiei, pentru a putea realiza gesturi suficient de fine, a orientării temporo-spaţiale şi a unei îndelungate perioade de învăţare, timp în care scrierea devine un mecanism din ce în ce mai automatizat, reflex, de transpunere a limbajului interior în scris. Scrierea se definitivează la vîrsta adolescenţei, iar aspectul ei este într-o strînsă corelaţie cu structura de personalitate a individului, fapt care a stat la baza dezvoltării unei adevărate ştiinţe — grafologia —, care studiază scrierea în raport cu particularităţile definitorii ale personalităţii.

Tulburările scrierii întîlnite în bolile psihice se clasifică în (PREDESCU) :

- Tulburări psihografice secundare tulburărilor psihice, care se împart în :
  - tulburări ale activităţii grafice, în care pot fi incluse : hipoactivitate grafică, negativism grafic, hiperactivitate grafică (graforee, grafomanie), incoerenţă grafică, stereotipii grafice, scriere automată ;
  - tulburări ale morfologiei grafice, care sînt foarte diverse, cele mai multe şi mai complexe întîlnindu-se în schizofrenie : manierismul, tradus prin ornamentări exagerate ale literelor, bucle, decoraţii ; stereotipia — prin repetarea la nesfîrşit a unor cuvinte sau silabe ; ermetismul — prin semne originale şi cu sens necunoscut pentru altă persoană ; disociaţia — prin dezordinea rîndurilor, conotaţii absurde, modificări ale caracterelor ; se poate ajunge pînă la grifonaj, scris în oglindă, scris suprapus, scris seismic şi chiar schizografie, cu incoerenţă grafică ;
  - tulburări ale semanticii grafice : paragrafisme, neografisme,
- Tulburări grafice secundare leziunilor cerebrale organice, circumscrise, unilaterale ; însoţesc sindromul piramidal, extrapiramidal, cerebelos, dispraxic sau de agnozie optico-spaţială,
- Tulburări grafice secundare nevrozelor motorii : crampa scriitorului.

KAMMERER (1985) menţionează o formă specifică de tulburare a scrisului, numită scriere automată, în care subiectul efectuează acest act în mod involuntar, iniţiativa personală lipsindu-i complet ; survine în stările crepusculare, starea de reverie în care slăbirea atenţiei favorizează asociaţiile cele mai neaşteptate, aparţinînd subconştientului. Au fost elaborate numeroase lucrări privind modificările scrisului la bolnavii psihic, printre autori putînd fi enumeraţi : ROGUES de FURSAC, R. KOESTER, M. PLUVER, STRELETSKI, BARILLOT.

180. **SCRIPTOPAM**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.



181. **SCRUPUL** (cf. lat. *scrupulum* „pietricică ascuţită ; grijă, meticulozitate") ● Aspect al conştiinţei morale implicînd îndoială (indecizie) de moment, raţionamente critice detaliate, verificări minuţioase şi grijă excesivă pentru respectarea normelor sau regulilor de conduită, admise şi promovate de o anumită societate. Ca atitudine sau trăsătură caracterială, scrupulozitatea este o calitate a personalităţii caracterizate printr-un dezvoltat sentiment al cinstei şi corectitudinii, conştiinciozitate şi devotament în muncă, probitate sau onestitate, meticulozitate şi exactitate în execuţii, grijă pentru ordine şi disciplină, simţ al datoriei.

Excesul de scrupulozitate sau exacerbarea scrupulelor capătă semnificaţii patologice atît în cazul nevrozelor (tipic pentru nevroza obsesivă sau „boala dubitaţiei", a îndoielii) şi a tulburărilor de personalitate (personalitatea accentuată hiperexactă sau dizarmonic structurată de tip psihastenic), cît şi în cazul unor psihoze (debutul pseudopsihasteniform al schizofreniei). Scrupulosul patologic prezintă permanente incertitudini privind calitatea sa, moralitatea actelor sale, dubitaţii generatoare de sentimente de culpabilitate şi eventual de autopedepsire sau, dimpotrivă, de retragere anxioasă în faţa responsabilităţilor, comportamentul lui fiind similar cu cel al hipobulicului. El este condamnat la permanente insatisfacţii din cauza tendinţei spre perfecţionism şi a sterilităţii verificărilor în toate actele sale.

După P. SIVADON, „boala scrupulelor" se instituie ca o formă de psihastenie (prin extensie, sinonimă cu „boala îndoielii") caracterizată prin : ezitări permanente înaintea desfăşurărilor acţionale, insatisfacţii privind calitatea acţiunilor efectuate, excesivele reveniri şi verificările de detalii. După acelaşi autor, scrupulele reflectă un Supraeu rigid şi sever (lipsit de flexibilitate şi coercitiv), care ar corespunde unei formaţiuni reacţionale dobîndite în prima copilărie prin interiorizarea interdicţiilor parentale. Aceste formaţiuni reacţionale maschează tendinţe refulate, de revoltă împotriva regulilor normativ-axiologice şi trimit al caracterul sadic-anal → FORMAŢIUNE REACŢIONALĂ, NEVROZĂ OBSESIONALĂ.

182. **SCUTAMIL**$^{(M)}$ Ungaria — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamat isopropil-carbamat, cu acţiune anxiolitică, miorelaxantă şi uşor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranţă.

183. **SEA-LEGS**$^{(M)}$ Noua Zeelandă — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acţiune marcat sedativă, hipnotică şi antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu neuroleptice incisive.

184. **SEBOR**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

185. **SECENOV Ivan Mihailovici** (1828—1905) ● Fiziolog şi psiholog rus. Absolvent al Facultăţii de Medicină din Moscova, profund pasionat de ştiinţele pozitive, SECENOV îşi continuă studiile în străinătate, unde ia contact cu marii fiziologi ai timpului. Pasiunea sa pentru fiziologie se concretizează în teza de doctorat, care abordează probleme ale fiziologiei intoxicaţiei cu alcool.

Revoluţionînd spiritul vremii sale, SECENOV elaborează, în 1863, lucrarea „Reflexele creierului", prin care creează un cadru determinist corelaţiei psihologie-fiziologie, evidenţiind posibilitatea şi chiar necesitatea de a aborda psihologia cu instrumentar şi optică naturalistă.

Îmbinînd armonios munca de cercetare cu munca didactică, SECENOV — profesor la

Academia medico-chirurgicală din Petersburg, Odesa, Moscova — elaborează schiţa unei psihologii fiziologice în lucrarea polemică „De către cine şi cum trebuie prelucrată psihologia".

I. M. Secenov

O altă lucrare, „Elementele gîndirii", elaborată în 1878 şi completată în 1903, se ocupă de procesul de dezvoltare a gîndirii în copilărie susţinînd că acest proces se bazează pe experienţa senzorială.

Dezvoltînd concepţia determinist-materialistă, SECENOV este întemeietorul reflexologiei, lucrările sale avînd o influenţă puternică asupra gîndirii fiziologice din vremea sa.

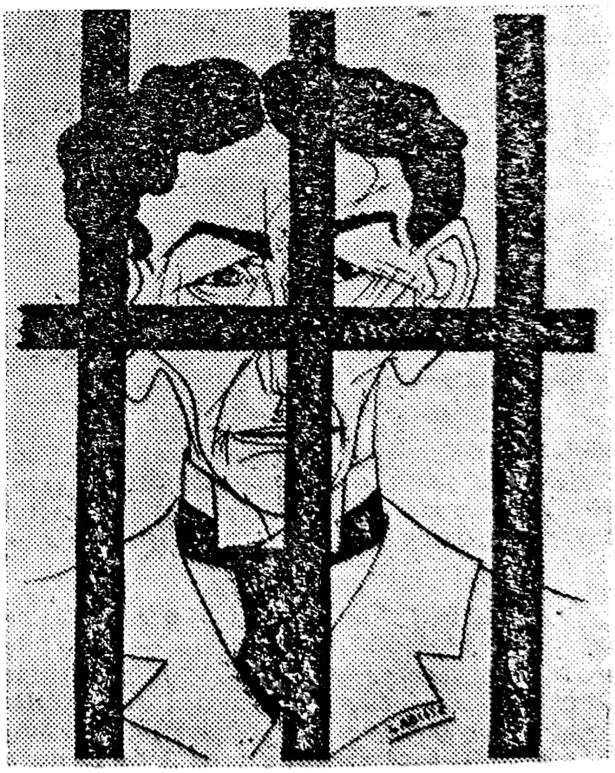
186. **SECENOVISM** ● Curent de opinii legat de lucrările de psihofiziologie ale lui SECENOV.

187. **SECHELĂ PSIHICĂ** (cf. lat. *sequela* „consecinţă, urmare" ; gr. *psyche* „suflet") ● Tulburare care persistă după remisiunea unei afecţiuni psihice sau a unei boli somatice cu afectare psihică. Avînd o circulaţie restrînsă în psihiatrie, termenul ar fi adecvat îndeosebi pentru sindroamele psihoorganice acute în faza de remisiune (traumatisme craniocerebrale, sindroame toxicoinfecţioase cu afectare cerebrală, accidente cerebrale etc.), în cazul cărora deficitul se exprimă, de cele mai multe ori, pe plan neurologic mai curînd decît psihic. Stările psihopatoide ar părea că intră, la prima vedere, în această categorie, dar dată fiind complexitatea restructurărilor pe care le presupun pe planul personalităţii, ca şi al funcţiilor cognitive, termenul de sechelă devine insuficient.

În ceea ce priveşte psihogeniile şi endogeniile, sînt preferaţi alţi termeni, care fixează stadiul de remisiune al bolii. Termenul de defect/defectual, utilizat pentru unele forme evolutive ale schizofreniei, ar putea avea, ca şi unele deliruri reziduale după psihozele acute toxice, accepţiunea de sechelă psihică.

188. **SECHESTRARE** (cf. lat. *sequestratio* „separare") ● Privarea unei persoane de libertatea fizică. Poate fi legală, pentru motive penale (detenţie) sau medico-sociale (internare), ori ilegală, în acest caz fiind considerată delict.

Sechestrarea ilegală a unei persoane poate fi consecinţa actelor unor dizarmonici antisociali sau ale unor bolnavi psihotici : paranoici, schizofreni, toxicomani, cei cu psihoze de involuţie. Frecvent, în aceste cazuri, sechestrarea este consecinţa ideilor delirante erotomanice şi de gelozie care stau la baza delirurilor pasionale.



F. Labisse

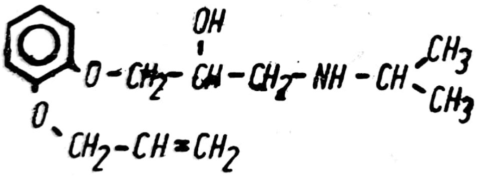
Termenul de sechestrare se poate folosi uneori şi la reţinerea abuzivă în spitale : internări arbitrare. Ea există mai mult ca posibilitate teoretică decît reală, legea îngrădind această modalitate de sechestrare.

Uneori, familia unui bolnav psihic, din cauza prejudecăţilor sau a reacţiei inadecvate a anturajului, îl poate sechestra la domiciliu, fapt ce presupune, în anumite cazuri, intervenţia asistenţei sociale.

189. **SECHLAMIN D$^{(M)}$** Japonia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acţiune predominant miorelaxantă şi anxiolitic-sedativă ; are şi valenţe analgezice secundare.

190. **SECLUZIUNE** (cf. lat. *secludere* „a separa, a tăia") (Sentinţă atribuită regelui iudeu Solomon ; judecînd pricina a două femei care-şi disputau maternitatea aceluiaşi copil, el ar fi dispus tăierea copilului în două, pentru a se atribui fiecăreia dintre ele cîte o jumătate ; adevărata mamă a respins soluţia, renunţînd la copil, gest care i-a confirmat însă realele sentimente de mamă, prin sentinţa finală copilul fiindu-i atribuit) ● Denumire propusă de E. PICHON pentru a defini aspectul pseudodemenţial, din stările terminale, din unele forme de schizofrenie. Termenul nu a găsit audienţă, fiind foarte rar utilizat chiar şi de psihiatrii de limba franceză.

191. **SECONDAFIL$^{(M)}$** Grecia — DCI *Oxprenolol* ● Betablocant de tip 1-/0-(aliloxi)fenoxi-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice ; are valenţe psihostimulente. Nu se asociază cu litiul, potenţînd efectul toxic al acestuia, şi nici cu produşi IMAO → BETABLOCANTE.



192. **SECRET AL GRUPULUI** ● Expresia se referă la conţinuturile (mesajele, informaţiile personale) care se vehiculează în grupul de psihoterapie, indiferent de natura acestei psihoterapii (analitică, psihodramatică, de susţinere etc.). Face excepţie grupul de formare („T-grup"), întrucît aici membrii grupului nu se implică profund şi nu îşi dezvăluie reciproc identitatea. Secretul grupului este important mai ales în psihodramă şi în terapia analitică de grup, deoarece, în aceste forme de psihoterapie, subiectul se implică în mod real în procesul terapeutic, cu identitatea sa reală pe care o dezvăluie şi care i se dezvăluie pe măsura înaintării în procesul terapeutic. Secretul grupului este păstrat de monitori şi terapeuţi, păstrarea lui ca atare neimpunîndu-se însă din exterior. În funcţie de implicarea lor în practica de grup (în procesul terapeutic) şi mai ales în funcţie de motivaţie inconştientă (transfer, rezistenţe), participanţii trăiesc şi păstrează diferit secretul grupului. Acest secret începe să fie păstrat şi chiar apărat din momentul în care grupul intră în travaliul terapeutic propriu-zis.

193. **SECRET MEDICAL ÎN PSIHIATRIE** (cf. lat. *secretum*) ● Aspect deontologic important în medicină, în general, secretul medical în psihiatrie capătă rezonanţe particulare, imprimate de latura confesională puternică, manifestă în timpul stabilirii dialogului medic-bolnav, ca şi de implicaţiile psiho-sociale profunde şi ample, pe care le determină boala psihică. Divulgarea secretului medical în psihiatrie reprezintă o variantă specifică a divulgării secretului profesional, care constă în destăinuirea fără drept a informaţiilor de care medicul a luat cunoştinţă în virtutea profesiunii sale, destăinuire ce poate aduce prejudicii morale sau materiale unei persoane, de obicei bolnavului. Păstrarea secretului profesional este prevăzută din antichitate în jurămîntul lui HIPOCRATE : „Toate cele ce în decursul exerciţiului artei mele aş putea vedea sau auzi, privind viaţa semenilor mei şi care nu trebuie divulgate, le voi reţine pentru mine, socotind că toate acestea au dreptul la cel mai deplin secret". De fapt, fără păstrarea secretului informaţiilor, uneori de o mare intimitate, pe care le furnizează pacientul, exercitarea profesiei medicului psihiatru nici nu ar fi posibilă.

Mai mult decît în alte specialităţi, în psihiatrie, încrederea pe care bolnavul o are în discreţia medicului constituie unul dintre cei mai importanţi factori psihologici care contribuie la stabilirea corectă a diagnosticului şi a unui contact psihoterapeutic optim, indispensabil actului medical. De cele mai multe ori, omul ţine mai mult la discreţia ce priveşte aspectele sale sufleteşti decît la cea referitoare la unele defecţiuni fizice pe care le poate avea.

Acţiunea de a divulga un secret se poate săvîrşi direct (verbal, în scris, telefonic) sau indirect, prin lăsarea la dispoziţia altor persoane a informaţiilor medicale. Divulgarea poate avea loc uneori doar prin simple aluzii sau chiar prin destăinuirea numai a unei părţi din secretul profesional. Divulgarea nu este condamnabilă atunci cînd, prin păstrarea anumitor informaţii, s-ar acoperi, voluntar sau nu, infracţiuni grave (omor, delapidare, furt, înşelătorie etc.).

O conduită profesională corectă presupune, pentru medicul psihiatru, o bună cunoaştere a legislaţiei în vigoare, pe care trebuie să o stăpinească şi să o aplice la fel de corect ca şi cunoştinţele sale profesionale.

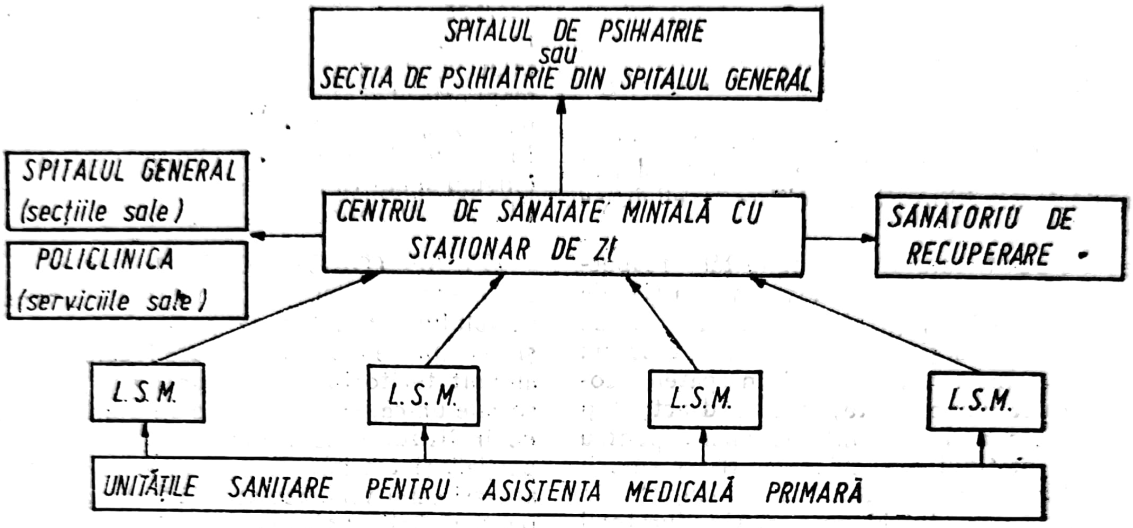
194. **SECTĂ** (cf. lat. *secta* „partidă, doctrină") ● Comunitate religioasă separată de religia oficială a populaţiei căreia îi aparţine. Prin extensiune, termenul desemnează un grup restrîns şi închis, ai cărui membri sînt adepţii unei doctrine filozofice, politice, religioase etc.

Sectele pot fi tolerate de legile ţării respective sau interzise de acestea, în funcţie de o serie de factori, printre care se situează interesele statului şi activitatea pe care o depun adepţii acestor secte. Adeseori, în spatele scopului afirmat al unor secte, se ascund activităţi periculoase pentru comunitatea umană, pentru interesele statului sau chiar pentru membrii sectei. Este cazul sectei „sinucigaşilor" din Guyana, al sectei lui Moon etc. Conducătorii acestora urmăresc interese personale, pentru a căror realizare folosesc orice mijloace, de la corupţie, şantaj, prostituţie, pînă la droguri şi metode de „spălare a creierului". Ei îşi organizează astfel adevărate echipe de „sclavi", care le aduc venituri substanţiale şi au sarcina de a racola noi adepţi. Dezumanizaţi, împinşi pe panta viciului şi a delincvenţei, epuizaţi de ritualurile la care îi supune regulamentul sectei, degradaţi de utilizarea drogurilor, supuşi unor precepte adeseori profund antiştiinţifice şi antiumane (de exemplu, interdicţia de a primi ajutor medical, boala fiind „unealta diavolului" şi vindecarea depinzînd de bunăvoinţa divinităţii, interzicerea transfuziei de sînge etc.), membrii sectei devin adeseori victime ale credinţei lor. Boala psihică este una dintre consecinţele frecvent întîlnite. Pe de altă parte, se poate constata că, în majoritatea cazurilor, adepţii sectelor sînt racolaţi dintre indivizii cu tulburări de caracter, cu dizarmonii de personalitate, sugestionabili, oligofreni sau dintre adolescenţii incapabili să-şi aleagă un drum în viaţă, prezentînd carenţe afective şi deficit voliţional. Adesea, aceştia văd în aderarea la sectă un mijloc de a scăpa de singurătate, de a se simţi integraţi într-o comunitate umană, dar tot atît de frecvent şi un mod de a-şi satisface mai uşor tendinţele antisociale, înclinaţia spre viciu şi delincvenţă. Alteori, activitatea sectanţilor, fără a fi în mod manifest nocivă, contravine intereselor comunităţii umane, în raport cu valorile culturale, obiceiurile, idealurile acesteia. Observarea comportamentului întemeietorilor unor secte cu puternică influenţă antisocială duce la concluzia că, frecvent, aceştia sînt personalităţi dizarmonice de tip antisocial, paranoid, polimorf sau prezintă chiar afecţiuni psihice mai grave ; paranoici cu idei delirante de grandoare, de reformă, mistice, metafizice şi cosmogonice. Răspîndirea acestor idei delirante în masa de adepţi capătă aspectul terifiant al unui veritabil şi extins delir indus. Alteori, manifestările sînt asemănătoare acelora ale marilor „epidemii" de isterie, atît de frecvente în perioada evului mediu european, cînd existau secte ca aceea a flagelanţilor, a castraţilor, a „tremuricilor" etc.

195. **SECTOR/SECTORIZARE** (cf. lat. *sector*) ● Sectorizarea se face prin încredinţarea ansamblului sarcinilor de prevenire, tratament şi readaptare a populaţiei care locuieşte într-un anumit teritoriu (sector) unei echipe medico-sociale unice, ce dispune de un evantai complet de instituţii necesare (ambulatorii, spitalizare parţială şi totală). Pentru un astfel de sector, aceeaşi echipă medico-socială trebuie să asigure, pentru toţi bolnavii, continuitatea dintre acţiunile de depistare, terapie ambulatorie/semiambulatorie/spitalicească şi supravegherea postcură.

Noţiunea de „sector", ca expresie a simbiozei dintre instituţiile psihiatrice spitaliceşti şi cele extraspitaliceşti, se confundă cu însăşi istoria spitalelor psihiatrice, drum jalonat de nume celebre ca PINEL, ESQUIROL, PARCHAPPE etc. Aşa cum subliniau L. LE GUILLANT (1950), J. AYME (1965), M. AUDISIO (1980), sectorul de sănătate mintală şi spitalul de psihiatrie sînt „doi termeni indisociabili ai aceleiaşi dialectici privind alienarea şi tratamentul ei ; a nega legătura internă dintre sectorul de astăzi şi spitalul psihiatric de altă dată înseamnă a nega însăşi realitatea istorică".

Necesitatea sectorizării a apărut ca rezultat al conştientizării faptului că azilul psihiatric, chiar în forma lui evoluată (spitalul de psihiatrie), rămîne totuşi un element de privare afectivă şi de excludere socială a bolnavului psihic, care pierde astfel obişnuinţa relaţiilor cu ceilalţi şi se repliază asupra propriei persoane, situaţie ce duce, în final, la cronicizarea bolii şi la alienare. Pentru L. LE GUILLAUT (1958), unul dintre pionierii sectorizării, spitalul de psihiatrie nu va putea deveni un organism eficient de readaptare socială, nu va putea realiza o atmosferă terapeutică autentică, atît timp cît nu se vor opera schimbări de natură să transforme condiţiile existente, frecvent inadecvate, care adaugă inadaptării cauzate de boală, pe cele provocate de mediul spitalicesc.


SPITALUL DE PSIHIATRIE
sau
SECŢIA DE PSIHIATRIE DIN SPITALUL GENERAL
SPITALUL GENERAL (secţiile sale)
POLICLINICA (serviciile sale)
CENTRUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ CU STAŢIONAR DE ZI
SANATORIU DE RECUPERARE
L.S.M.
L.S.M.
L.S.M.
L.S.M.
UNITĂŢILE SANITARE PENTRU ASISTENTA MEDICALĂ PRIMARĂ

Sectorizarea nu reprezintă atît o teorie antiinstituţională, cît mai ales o luare de poziţie faţă de o anumită mentalitate, marcată de prejudiciul ancestral al periculozităţii şi incurabilităţii bolnavului mintal. Sectorizarea nu constituie numai o formă originală de organizare sanitară, ci şi o modificare profundă a atitudinii societăţii faţă de maladiile mintale. Într-adevăr, „politica" de sector reprezintă o perspectivă socială în domeniul sănătăţii, un transfer al metodelor de îngrijire tradiţională spre noi domenii de asistenţă, care implică şi o schimbare a conceptelor vizînd raportul normal/patologic, asistenţa curativă/asistenţa profilactică. Fiind rezultatul experienţei îndelungate a medicilor din fostele azile psihiatrice, al analizei critice a situaţiei instituţiilor spitaliceşti, ea este concepută ca un ansamblu de schimbări cu implicaţii sociale şi deontologic-profesionale. După cum remarca M. AUDISIO (1980), primul demers al unei psihiatrii care urmăreşte să ofere mijloace eficace de vindecare este să lupte împotriva prejudecăţilor şi să întreprindă o dezalienare a bolnavului mintal. Această dezalienare nu înseamnă neapărat vindecare, ci crearea unei situaţii noi, în care boala să fie acceptată atît de bolnav, cît şi de societate.

Pentru susţinătorii teoriei sectorizării, abandonarea spitalo-centrismului nu înseamnă renunţarea la serviciile de psihiatrie, ci unitatea şi indivizibilitatea profilaxiei, curei şi postcurei terapeutice, cu crearea unor noi structuri spitaliceşti, „mişcarea" dinspre spitalizarea tradiţională spre alte forme de terapie.

Este ştiut că dezvoltarea neuropsihofarmacologiei moderne, începînd cu deceniul al VI-lea al secolului nostru, a revoluţionat statutul vechilor spitale de psihiatrie. Unul dintre primele efecte ale impactului introducerii medicamentelor psihotrope a fost schimbarea evoluţiei maladiilor mintale, umanizarea şi autorizarea serviciilor libere (non-restraint), înlăturarea tuturor mijloacelor de contenţie tradiţionale şi organizarea treptată a diferitelor modalităţi de integrare socială. Un al doilea efect a fost golirea instituţiilor psihiatrice de un mare număr de bolnavi cronici sau cu afecţiuni pe cale de a se croniciza. Medicamentele psihotrope au permis o multitudine de tentative temporare sau definitive de reinserţie familială, socială şi profesională. Acest impact a făcut posibilă temporizarea internărilor şi reinternărilor, precum şi activarea consultaţiilor şi tratamentelor ambulatorii, extraspitaliceşti.

Revoluţia psihofarmacologică nu a reuşit totuşi să schimbe fundamental „statutul" bolii psihice şi destinele bolnavilor mintal. Ea s-a dovedit limitată ca eficacitate şi cu inconveniente, mai ales în ceea ce priveşte realizarea dimensiunii preventive. S-a impus, de aceea, promovarea unor noi metode terapeutice (ergo-, socio-, psihoterapia), care, alături de chimioterapie, au facilitat, în mare măsură, apariţia însăşi a conceptelor de sector şi sectorizare.

Dubla polaritate, asistenţă spitalicească-extraspitalicească, reprezintă mai ales o nouă alternativă, „o strategie de proiecte terapeutice individuale şi colective în domeniul sănătăţii mintale" (L. BONNAFÉ, M. AUDISIO), o dimensiune a unei acţiuni de sănătate publică atingînd sfera socialului.

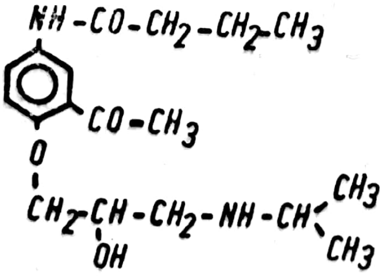
Noţiunile de sector şi sectorizare sînt legate îndeosebi de activitatea psihiatrilor din Franţa postbelică (J. AYME, L. BONNAFÉ, L. Le GUILLAUT). În prezent problemele de sector/sectorizare sînt la fel de actuale în SUA ca şi în România ; în Olanda — serviciul de sănătate mintală a lui QUERRIDO din Amsterdam, în Anglia — cel al lui Mc MILLAN din Nottingham etc. au acumulat o experienţă valoroasă în acest domeniu. Între timp, s-a reuşit să se împrăştie şi teama anilor '60—'70 cind unii credeau că, prin dezvoltarea acestor servicii, viitorul spitalelor de psihiatrie ar avea de suferit.

Liniile de esenţă ale sectorizării, formulate de H. MIGNOT (1972), constau în :

- refuzul segregării bolnavului mintal, al excluderii sale din societate ;
- sprijinirea lui spre a-şi păstra locul în comunitate, permiţîndu-i (pe cit posibil) autonomia ;
- evitarea izolării de contextul social în care trăieşte ;
- restaurarea personalităţii bolnavului ;
- lupta contra pasivităţii şi a neîncrederii în instituţiile medicale ;
- prevenirea îmbolnăvirilor psihice în rîndul populaţiei.

196. **SECTOR(D) delir în** ● Modalitate de dezvoltare a unor tipuri de delir care invadează numai parţial sistemul realităţii, ocupînd un „sector" din aceasta (imaginea cea mai sugestivă este cea a sectorului de cerc). Delirurile cronice pasionale, descrise în 1921 de CLÉRAMBAULT, se înscriu în cadrul acestei categorii. Trebuie subliniat că această viziune limitată, lineară asupra modalităţilor de dezvoltare ale delirului nu corespunde din punct de vedere fenomenologic complexităţii pe care o antrenează apariţia modificărilor de tip delirant.

197. **SECTRAL(M)** Anglia, Franţa, Italia, Spania — DCI *Acebutolol* ● Betablocant de tip



3'-acetil-4'-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/butiranilidă, indicat în anxietate, sindroame psihovegetative simpaticotone, sevraje de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian, a celui senil şi a celui care survine ca urmare a intoxicaţiei cu litiu. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO (→ BETABLOCANTE).

198. **SECŢIE DE PSIHIATRIE ÎN SPITALUL GENERAL** (cf. lat. *sectio*) ● Nu atit de recentă cum este considerată în general, pătrunderea şi extinderea psihiatriei în spitalul general s-a datorat atit îmbunătăţirii mijloacelor terapeutice, cit şi modificării opticii privind boala şi bolnavul psihic.

Prezenţa secţiei de psihiatrie în spitalul general a reprezentat nu numai un succes terapeutic, ci şi o primă victorie împotriva dogmei potrivit căreia bolnavul mintal nu poate fi tratat decit în spitalul de psihiatrie. Deşi ar fi fost normal ca medicii de alte specialităţi să se opună acestei simbioze, în mod paradoxal, psihiatrii au fost cei ostili (sau încă mai sînt), din motive pe care SIVADON a reuşit să le surprindă destul de exact : "Asocierea dintre o psihiatrie supraaglomerată ca număr de bolnavi, dar subdezvoltată, şi o chirurgie orgolioasă nu se poate face decit după modelul colonial" — or, n-ar trebui să ne fie frică de slăbiciunile noastre, ci ar trebui numai să le învingem.

Crearea secţiei de psihiatrie în cadrul spitalului general a reprezentat primul pas spre dispariţia segregaţiei la care era supus bolnavul psihic şi psihiatria, permiţînd o mai bună colaborare cu medicii de alte specialităţi şi beneficierea de mijloacele ample de investigaţie ale spitalului modern.

Este însă necesar să fie respectate următoarele condiţii (după I. CUCU) :

- să fie servicii psihiatrice adevărate, sub autoritatea psihiatrilor şi în cadrul unui program de luptă contra bolilor psihice ;
- tipul de pacient să corespundă celor cu spitalizare scurtă ;
- să asigure colaborarea cu alte servicii ale spitalului şi cu alte unităţi psihiatrice ;
- structura secţiei de psihiatrie poate împrumuta modelul tradiţional sau poate să fie de alt tip ;
- dimensiunile secţiei de psihiatrie trebuie să fie suficient de mari pentru a face faţă nevoilor spitalului şi suficient de mici ca să nu provoace o reacţie de respingere din partea altor secţii ; ar putea avea, de exemplu, 15—20% din numărul de paturi ale spitalului.

Dezavantajele amintite de unii autori nu constituie impedimente serioase ; se pierd din vedere atît avantajele terapeutice pe care le oferă spitalul, cît și faptul că boala psihică este o boală ca oricare alta. De altfel, prezența bolnavilor psihic în spitalele generale, în secții cu alt profil decît cel psihiatric, este veche de cînd lumea.

De altfel, după SIM, și spitalul general ar avea de cîștigat din această simbioză :

- secția de psihiatrie ar completa paleta de îngrijire a comunității cu o disciplină medicală în plin avînt, cu metode de tratament dinamice, care se pot transfera și altor specialități ;
- personalul cu calificare psihiatrică poate fi abordat cu ușurință, el devenind un membru de bază al echipei terapeutice ;
- serviciile secției de psihiatrie se extind și asupra teritoriului ;
- ar exista posibilitatea asistenței de specialitate pentru bolnavii somatici cu tulburări psihice ;
- pacienții psihici au nevoie de toată gama de investigații a spitalului general ;
- prin psiholog și sociolog, secția de psihiatrie sprijină spitalul, oferindu-i serviciile acestora ;
- prezența psihiatrului în spitalul general permite un schimb de informații cu ceilalți specialiști, cu beneficii reciproce ;
- personalul de îngrijire se acomodează cu problemele secției de psihiatrie ;
- existența unei distanțe mici pentru pacient și rude.

Experiența, atît pe plan mondial, cît și la noi în țară (numeroase județe au secțiile de psihiatrie integrate în spitale generale) a demonstrat eficiența depășirii acestei frontiere, reprezentînd și un important pas spre asistența medicală integrată multidisciplinar.

Dezvoltarea secțiilor de psihiatrie în spitalele generale nu va putea să ducă în nici un caz la dispariția spitalului de psihiatrie, instituție care nu are numai trecut, ci și un viitor, fiind de neînlocuit pentru o serie de situații pe care numai ea le poate rezolva.

199. SECUNDAR/SECUNDARITATE (cf. lat. *secundarius* „al doilea") ● În medicină, termenii se referă la manifestările patologice apărute consecutiv unei alte tulburări, „primare", care le-a provocat sau favorizat apariția, sau la cea de a doua perioadă a unei boli care comportă mai multe etape (de exemplu, sifilisul secundar).

Pentru R. LAFON, secundaritatea reprezintă acțiunea prin care elementele psihologice continuă să se exercite chiar după dispariția lor din cîmpul clar al conștiinței, constituind o veritabilă funcție a cărei preponderență asupra primarității se traduce prin lentoarea, profunzimea și durata reacțiilor psihologice, avînd drept corolar sistematizarea vieții psihice și capacitatea de inhibiție. Autorul leagă secundaritatea de introversiunea lui JUNG.

În psihopatologie, noțiunea de delir secundar rămîne, în concepția lui BLEULER, ca expresie a structurării lumii autistice la bolnavul a cărui gîndire a căpătat un caracter dereist, consecutiv delirului primar (→ DELIR ; SCHIZOFRENIE). În timpul episoadelor maniacale sau depresive, delirul secundar poate apărea ca urmare a gravei tulburări în plan afectiv, fiind în relație directă cu tipul perturbării afective.

200. SECUNDAR(D) delir ● Delir descris de WERNICKE, în opoziție cu delirul primar. Delirul secundar se structurează pornind de la modificările importante ale timiei (depresie majoră, manie) sau de la prezența fenomenelor specifice delirului primar. Tonalitatea și polarizarea sa o urmează pe cea a dispoziției afective.

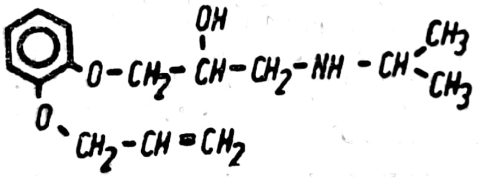
Delirul secundar nu este o unitate psihiatrică, ci un mod prin care se explică psihopatologic construcția unui sistem delirant, relevînd nu numai filiația, ci și cronologia elaborării delirante. Delirul autist, delirul senzitiv de relație, delirul melancolic sînt exemple tipice de delir secundar. Referitor la elaborarea sa, unii autori au descris „munca delirantă", proces prin care subiectul își elaborează delirul pornind de la „datele" de care dispune.

201. SECUNDAR — grup ● Grup mare, formal, stabil în timp, în care predomină conduitele spontane, relațiile între membrii grupului fiind relativ impersonale, în sensul că ele implică mai puțin aspecte psihologice individuale și mai mult aspecte psihologice de masă. Grupurile secundare (sau grupurile mari) conțin sisteme normative care reglementează relațiile indivizilor, aceste relații căpătînd, în cadrul respectivelor grupări, un caracter instituționalizat (→ GRUP ; GRUP MARE ; GRUP MIC).

202. SECUNDARE(H) halucinații ● Diverse tipuri de halucinații, care dublează ideile delirante ; sînt o consecință a delirului sau survin după alte modalități halucinatorii. De obicei, sînt olfactive și gustative.

203. SECUNDARE — pulsiuni ● Categorie de pulsiuni care corespund trebuințelor secundare (psihogene, după MURRAY), dar care derivă din trebuinţele primitive, primare. Trebuinţele primare sînt strict şi exclusiv legate de satisfacţiile fizice şi fiziologice. FREUD le numeşte pulsiuni de autoconservare şi le defineşte ca ansamblu de trebuinţe corporale necesare conservării individului ; prototipul acestor pulsiuni este foamea. Trebuinţele secundare sau psihogene nu sînt direct legate de autoconservarea individului ; ele generează acţiuni şi activităţi spre/cu obiecte variate din mediu şi se pot constitui în trăsături de personalitate sau atitudini (de exemplu, trebuinţa de conservare — atitudinea conservatoare ; trebuinţa de superioritate — atitudinea ambiţioasă ; trebuinţa de dominare — atitudinea dominatoare). Termenul de „secundar" are şi semnificaţia de indirect, în măsura în care o pulsiune sau trebuinţă pulsională nu se satisface printr-un obiect specific, ci în mod deviat, printr-un obiect-substitut, şi într-o modalitate indirectă ; aceasta poate fi normală (de exemplu, în sublimare) sau patologică (în măsura în care mecanismul de apărare duce la o conduită simptomatică, deci la formarea unor simptome şi maladii)(→ PULSIUNE ; PULSIUNE PARŢIALĂ ; INSTINCT ; TREBUINŢĂ).

204. SECURIT$^{(M)}$ Italia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.



205. SECURITATE — trebuinţă de (cf. lat. *securitas* „siguranţă") ● În clasificarea lui MURRAY, trebuinţa de securitate face parte din trebuinţele latente, în număr de opt, şi presupune anxietatea de a rămîne fără ajutor (sprijin). Elemente componente ale acestei trebuinţe sînt : dorinţa de protecţie, de simpatie, de iubire. De această trebuinţă latentă se leagă cîteva trebuinţe manifeste care, în diferite cazuri, pot fi însăşi expresia respectivei trebuinţe latente : trebuinţa de apărare (atitudinea defensivă), trebuinţa de afiliaţie (atitudinea afiliativă), trebuinţa de supunere (atitudinea sumisivă), trebuinţa de a evita suferinţa (atitudinea temătoare), trebuinţa de a cere ajutor (atitudinea imploratoare). Menţionăm că aceste trebuinţe nu se leagă în mod exclusiv de trebuinţe de securitate.

După MURRAY, personalitatea este rezultatul unui proces evolutiv de interacţiune a trebuinţelor (deci a motivelor), în cadrul căruia există trebuinţe care sînt permanent importante (de exemplu, cele biologice, vitale) şi trebuinţe care devin importante pe anumite perioade (deci, care se ordonează şi subordonează reciproc). Trebuinţele latente sînt acelea care au suportat inhibiţii şi, drept urmare, s-a ajuns la blocarea obiectivării tensiunii pentru respectiva trebuinţă (nesatisfacere). Trebuinţa latentă este, practic, tensiunea interioară rezultată din acţiunea blocajului. De exemplu, un comportament sumisiv (trebuinţa manifestă de supunere) poate avea la origine, între altele, trebuinţa de securitate (subiectul urmează un partener, un ghid care îl face să se simtă în siguranţă) ; trebuinţa de securitate poate genera sentimente conservatoare (a urma un sau a se supune unui individ sau unui sistem conservator) ; ea poate genera şi sentimente radicale, în măsura în care conservatorismul nu mai este, în mod eficient, securizant ; poate, de asemenea, genera sentimente de superioritate în cazul în care imită un personaj puternic (imitarea acestui personaj poate fi securizantă pentru subiect) ; trebuinţa de securitate se subordonează, în anumite cazuri, trebuinţei de dominare (subiectul poate provoca mila anumitor persoane şi, în acest fel, reuşeşte să controleze sau să manevreze aceste persoane). Agresiunea, în mod special, atinge (şi provoacă) trebuinţa de securitate. Această trebuinţă este tensionată (şi ameninţată) în orice proces morbid şi în mod specific în patologia psihică. Nevoia de securitate (ca nevoie latentă funciară, legată de instinctul conservării) generează comportamente de apărare care pot merge pînă la agresivitate-destrucţie, în procese a căror intensitate patologică merge de la nevroză la psihoză.

Ontologic, trebuinţa de securitate există latent (şi se manifestă în diferite forme, cuplată cu, subordonată sau subordonînd alte trebuinţe) din momentul naşterii ; iniţial, ea există în forme primare şi imediate, pentru ca, ulterior, să intre în diverse ansambluri şi subansambluri motivaţionale.

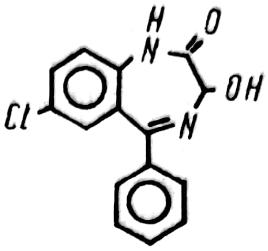
206. SECURIZARE (cf. lat. *securus* „fără grijă, liniştit") ● În psihopatologie, termenul desemnează procesul prin care o persoană îşi reduce starea de tensiune psihică (anxietate, angoasă), stare ce diminuează, la un anume nivel de intensitate, eficienţa acţiunilor respectivei persoane. În sens mai larg şi cu semnificaţie pe planul normalului, securizarea se referă la mijloacele de prevenire (sau evitare) a unor situații traumatizante, care sînt de natură să provoace pierderi. În sens strict, securizarea este scopul mecanismelor de apărare ale Eului și al unor simptome nevrotice (și chiar psihotice) elaborate prin intermediul acestor mecanisme de apărare. Un exemplu care implică procesul securizării este relația obiectuală obsesională, caracterizată fundamental prin faptul că ea este o relație la distanță ; prin această relație la distanță, obsesionalul rezolvă, într-o manieră nevrotică, dilema dintre dorință și teamă (dorință și agresivitate) (→ MECANISME DE APĂRARE ALE EULUI ; NEVROZĂ OBSESIONALĂ ; RELAȚIE OBIECTUALĂ).

207. **SECUSĂ** ● Contracție și relaxare bruscă și foarte rapidă, reprezentînd un răspuns unic al mușchiului, consecutiv unei stimulări unice a nervului motor. Prezintă o perioadă de latență, una de contracție și una de relaxare. Prin aplicarea stimulilor cu frecvență mare (așa cum este cazul descărcărilor din motoneuron), se obține contracția tetanică, tipul de contracție voluntară a musculaturii striate din organism.

208. **SECVENȚIALITATE** (cf. lat. *sequentia* „urmare") ● În psihologia genetică, desemnează calitatea de stabilitate ce caracterizează ordinea de succesiune a stadiilor dezvoltării intelectuale ale copilului. După J. PIAGET, stadiile psihogenezei, ale inteligenței se succed într-o anumită ordine, întotdeauna aceeași, indiferent de durata și vîrsta de apariție a stadiilor (care sînt variabile de la un individ la altul), în sensul că fiecare stadiu este pregătit și urmează unui anumit stadiu, la rîndul lui pregătind și fiind urmat de un alt stadiu de dezvoltare → STADIU-STADIALITATE.

209. **SEDABAMATE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea „un mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

210. **SEDACOROXEN**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă ; permite și se recomandă asocierea cu neuroleptice bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.



211. **SEDAFAMEN**$^{(M)}$ Germania — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală. Este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

212. **SÉDALANDE**$^{(M)}$ Belgia, Elveția, Franța, Germania — DCI *Fluanison* ● Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic de tip 4'-fluoro-4-/4-(0-metoxifenil)-1-piperazinil/-butirofenonă, avînd acțiune cert sedativă și hipnotică, cu indicațiile neurolepticelor sedative, dar cu efecte secundare specifice neurolepticelor incisive → BUTIROFENONE.

213. **SEDANER**$^{(M)}$ Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

214. **SEDANIL**$^{(M)}$ Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic sin. → MEPROBAMAT$^{(M)}$ România.

215. **SEDANS**$^{(MC)}$ Italia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează:

- CLORDIAZEPOXID$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- AMITRIPTILINA$^{(M)}$ — timoleptic derivat dibenzocicloheptanic.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

216. **SEDAPAM**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Diazepam* sin. ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

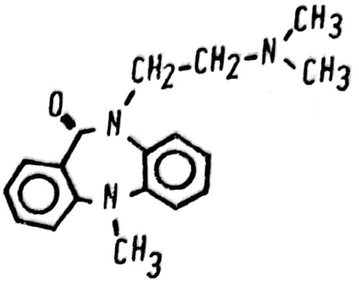
217. **SEDAPRAN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică și sedativă, ușor hipnotică. Nu se administrează în sarcină.

218. **SEDAPSIN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-(p-clorfenil)-3-metil-2,3-butandiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă. Este considerat un bun tranchilizant de zi.

219. **SEDARAUPIN**$^{(M)}$ Germania — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

220. **SEDATIL**$^{(M)}$ Portugalia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

221. **SEDATIPLEX**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Dibenzepin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzodiazepinic de tip 10-/2-(dimetilamino)etil/-5,10-dihidro-5-metil-11H-dibenzo/b,e//1,4/diazepin-11-onă cu acțiune antidepresivă și tranchilizantă de valoare medie. Nu se asociază cu IMAO.



222. **SEDATIVAL**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat bnezodiazepinic sin. → SECURIT$^{(M)}$ Italia.

223. **SEDATIVE** (cf. lat. *sedare* „a potoli, a calma") ● Psihotrope încadrate de DELAY și DENIKER în categoria psiholepticelor, avînd ca rezultat sedarea în grade variabile (în funcție de doză, dar și de substanță), începînd cu anxioliza, efect de calmare cu acțiune minimă asupra funcțiilor mintale, pînă la inducerea somnului și, prin supradozare, comă.

DELAY și DENIKER folosesc drept criterii de definire, pe cele de eliminare: sedativele nu sînt nici neuroleptice (deci nu au efecte secundare de ordin neurologic), nici hipnotice în doze medii și nici antidepresive. În funcție de efectul lor clinic predominant, pot fi clasificate în:

- sedative hipnotice;
- sedative nehipnotice (barbiturice și nebarbiturice);
- anticonvulsivante (barbiturice și nebarbiturice).

Psihofarmacologia anglosaxonă grupează sedativele în:

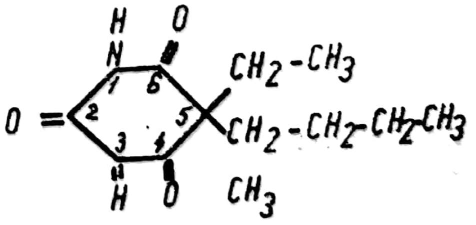
- Barbiturice
- Nebarbiturice și hipnotice:
  - — benzodiazepine (în doze mari);
  - — sedative clasice (cloralhidrat, paraldehidă, bromuri);
  - — sedativ-hipnotice cu utilizare limitată (glutetimid, metaqualonă);
  - — preparate magistrale.

Clasificarea, folosind drept criteriu structura chimică, cuprinde:

Clasa:

- *Barbiturice*:
  - Amobarbital
  - Hexobarbital
  - Metohexital
  - Pentobarbital
  - Secobarbital
  - Tiohexital
  - Tiopental

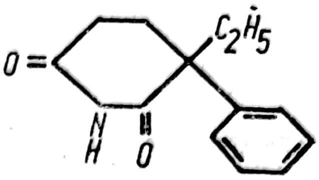
Structura chimică reprezentativă:



Pentobarbital

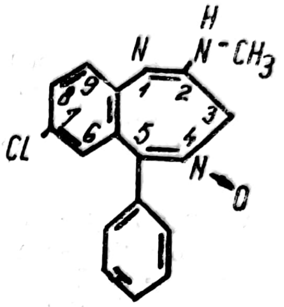
Sedative : clasificare

- *Piperidindione :*
  - Glutetimid
  - Metipirilon



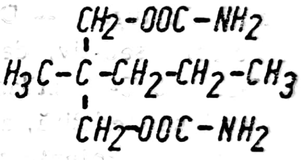
Glutetimid

- *Benzodiazepine ;*
  - Clordiazepoxid
  - Clorazepat
  - Diazepam
  - Flurazepam
  - Lorazepam
  - Oxazepam
  - Temazepam



Clordiazepoxid

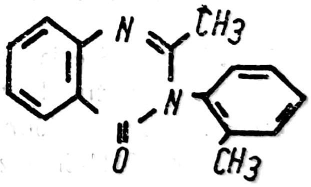
- *Carbamate :*
  - Meprobamat



$$H_3C-\overset{CH_2-OOC-NH_2}{\underset{CH_2-OOC-NH_2}{C}}-CH_2-CH_2-CH_3$$

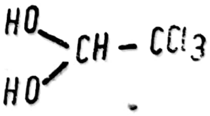
Meprobamat

- *Chinazolone :*
  - Metaqualonă



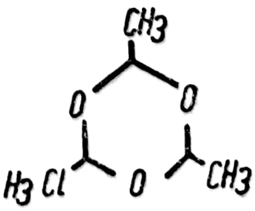
Metaqualona

- *Alcooli :*
  - Cloralhidrat
  - Etanol
  - Etclorvinol



Cloralhidrat

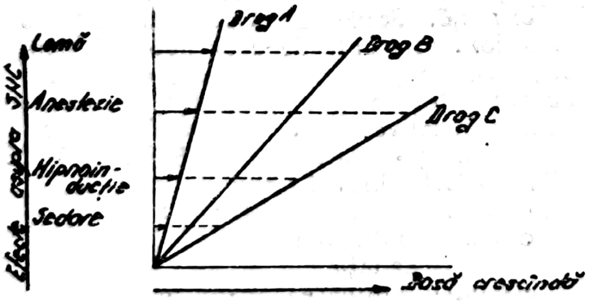
- *Esteri ciclici ;*
  - Paraldehida



Paraldehida

Istoric : plantele ca atare sau sub forme foarte diferite de prelucrare au constituit farmacia naturală a omului în drumul său către „sinteze“ și chiar în paralel cu acestea. Extractele vegetale sînt prezente în toate civilizațiile primitive (asirienii — hașișul, incașii — coca, romanii — opiul, grecii — beladona etc.). Un loc aparte îl ocupă civilizațiile primitive de pe teritoriul patriei noastre, care, după ultimele lucrări, ar fi cunoscut peste 400 de plante și combinații de plante. Secolul al XVIII-lea, prin Albert von HALLER, a oferit prima descriere a acțiunii psihice a unui extras din plante (opium). Bromurile își leagă numele de cel al lui HETTE, care începe să le folosească după 1850 ; VOISIN și Legrand de SAULLE le numesc „botnița epilepticului“, LOOKE le folosește în tratamentul masturbației, BEHREND — ca hipnotice (1864). Combinațiile dintre plante și bromuri reprezintă o etapă specifică sfîrșitului secolului al XIX-lea, una dintre cele mai cunoscute la noi fiind mixtura Krasnușkin, utilizată de clasicii psihiatriei ruse.

În definiția acestui grup de substanțe este stipulat faptul că există o relație între intensitatea efectului de deprimare a SNC și doza care este administrată. În afară de acest fapt, există droguri care sînt recunoscute a fi sedativ-hipnotice (fiind descrise ca atare), folosite în tratamentul insomniilor. În ambele cazuri, creșterea dozei peste cea necesară hipnoinducției determină instalarea unei stări de anestezie, motiv pentru care multe dintre drogurile acestei clase sînt folosite în anesteziologie. Riscul supradozării constă însă în deprimarea centrilor vasomotori medulari, determinînd instalarea comei. Sugestiv, această relație doză-răspuns poate fi schematizată într-un sistem biaxial (după J. ANTHONY, Ph. D. TREVOR și L. WALTER, M. D. WAY) :



Pentru drogul A, diferența între doza hipnoinductoare și cea toxică este foarte mică ; pentru drogul B, diferența este mai mare, iar pentru drogul C, este necesară practic o doză extrem de mare pentru producerea deprimării severe a sistemului nervos central.

În ceea ce privește structura chimică, această clasă de substanțe este extrem de eterogenă. De aproape 80 de ani, prototipul acestei clase au rămas barbituricele, cu toate eforturile de a descoperi sedative lipsite de efectele secundare ale acestora. Gama sedativelor s-a lărgit totuși, uneori numai în aparență : astfel, piperidindionele (glutetimidul), introduse ca „nebarbiturice“, sînt nu numai înrudite chimic cu acestea, dar au și proprietăți farmacologice practic identice cu ale barbituricelor. Numai introducerea în psihochimioterapie a benzodiazepinelor (→ BENZODIAZEPINE) a creat o breșă, ele devenind cele mai larg utilizate sedative.

Farmacokinetică. Sedativele administrate per os (așa cum se întîmplă de obicei) se absorb la nivelul stomacului, în funcție de liposolubilitatea lor și de gradul de ionizare : barbituricele și piperidindionele, care sînt acizi slabi și liposolubili, se absorb rapid (cu excepția glutetimidului care, avînd o solubilitate redusă, se absoarbe mai încet). Sedativele, baze slabe — benzodiazepinele — se absorb la nivel duodenal, ceea ce explică latența ceva mai mare a instalării efectului față de barbiturice. Distribuția în organism este dependentă de liposolubilitatea drogului : cu cît aceasta este mai mare, cu atît aria de distribuție este și ea mai mare. Tiobarbitalul, care este foarte liposolubil, ca și diazepamul, ajunge destul de rapid în SNC (spre deosebire de meprobamat), dar este și rapid redistribuit (tot datorită liposolubilității mari) în alte țesuturi — sistemul muscular, țesutul adipos —, ceea ce determină efecte periferice.

Traversarea barierei fetoplacentare este posibilă, astfel încît administrarea acestor droguri în timpul sarcinii trebuie făcută cu multă prudență și numai dacă este necesar. Metabolizarea sedativelor se face mai ales la nivelul celulei hepatice, numai un mic procent eliminîndu-se nemetabolizat (fenobarbitalul are cea mai mare rată de excreție, nemetabolizat). La nivel hepatic, metabolizarea se face prin procese oxidative, glucoronoconjugare, glicozilare. Produșii metabolici ai barbituricelor sînt în marea lor majoritate inactivi, pe cînd o bună parte din produșii de metabolism ai benzodiazepinelor sînt activi farmacologic (dismetildiazepamul, metabolitul clorazepatului și diazepamului).

Timpul de înjumătățire (half-life) este diferit nu numai de la o clasă la alta, ci și de la un drog la altul. În funcție de acest „half-life“ trebuie judecat și momentul administrării, precum și intervalul care trebuie păstrat între două administrări succesive.

TABEL CLXXIX

Drogul	*Timpul de înjumătăţire (ore)*	*Observaţii*
Metohexital	1—2	i.v. efectul se instalează rapid şi este de scurtă durată
Tiopental	3—6	idem
Hexobarbital	3—6	administrate oral, au o redistribuţie tisulară lentă, o metabolizare lentă, metaboliţii sînt inactivi farmacologic
Secobarbital	18—36	
Pentobarbital	18—48	
Fenobarbital	24—96	mai mult de 30% se elimină intact
Alprazolam	12—15	per os (p.o.) se absorb rapid
Clordiazepoxid	5—30	cu distribuţie slabă în ţesutul muscular
Clorazepat	50—100	este transformat în formă activă (prin hidroliză) în stomac
Diazepam	50—150	redistribuţie musculară săracă
Flurazepam	24—100	eliminare lentă a metaboliţilor activi farmacologic
Lorazepam	10—18	eliminarea nu este afectată de afecţiuni hepatice; bine tolerat de vîrstnici
Oxazepam	4—10	absorbţie lentă p.o., cu instalarea lentă a efectului
Prazepam	30—120	p.o. absorbţie lentă
Temazepam	5—8	p.o. absorbţie lentă
Triamzolam	3—5	p.o. absorbţie rapidă

Este bine ca administrarea drogului să se facă în funcţie de timpul său de înjumătăţire, de rata de metabolizare şi de metaboliţii activi sau inactivi ai acestor medicamente, mai mult decît în funcţie de clasificările clasice, „acţiune lungă, medie şi scurtă", care nu respectă întotdeauna aceşti parametri.

Half-life-ul, metabolizarea drogului poate fi influenţată de o serie de factori : afecţiuni renale, hepatice, inducţie enzimatică, vîrstă înaintată, administrarea trebuind să se facă ţinînd cont de statutul biologic al pacientului, la o acumulare a drogurilor pînă la pragul toxicităţii putîndu-se ajunge nu numai prin nerespectarea dozei, ci şi prin desconsiderarea unor factori care încetinesc sau împiedică metabolizarea lor.

Studiile de neurofiziologie au demonstrat multiple situsuri de acţiune ale acestor droguri la nivelul SNC. Pentru barbituric, locurile de acţiune se află la nivelul substanţei reticulate, hipotalamusul posterior, amigdală, structura limbică. Benzodiazepinele acţionează la nivel limbic, talamus, substanţă reticulată ; meprobamatul acţionează în regiunea septală şi amigdaliană.

Farmacodinamică. Acţiunea acestor droguri constă din următoarele efecte :

- sedarea, materializată prin scăderea intensităţii răspunsului la stimuli, cu scăderea activităţii şi a ritmului ideativ. Acţiunea anxiolitică ar putea fi, după unii autori (care argumentează prin studii experimentale pe animale), inclusă şi ea aici ;
- hipnoinducţia → HIPNOTICE ;
- anestezia, determinată după creşterea dozelor terapeutice folosite pentru sedare şi hipnoinducţie ;
- efect anticonvulsivant → ANTICONVULSIVANTE ;
- efect miorelaxant → MIORELAXANTE ;
- efecte asupra sistemului respirator şi cardiovascular. La subiecţii cu integritate morfofunţională cardiorespiratorie, dozele terapeutice necesare sedări sau/şi hipnoinducţiei nu determină efecte secundare ; acestea apar însă la cei cu afecţiuni cardiorespiratorii preexistente, prin acţiunea pe care sedativele o manifestă asupra centrului respirator şi cardiovascular.

Toleranţă. Scăderea răspunsului terapeutic la o doză constantă de drog necesită, pentru obţinerea răspunsului anterior, o creştere a dozei ; este un proces destul de frecvent pentru sedative, conducînd la fenomene de dependenţă (→ BARBITURICE, BENZODIAZEPINE, ANXIOLITICE).

Indicaţiile folosirii sedativelor :

- pentru obţinerea sedării în stări de tensiune, agitaţie ;
- pentru obţinerea anxiolizei ;
- pentru hipnoinducţie ;
- ca anticonvulsivante ;
- adjuvante preoperatorii în anesteziologie ;
- în stări de sevraj toxicomanic ;
- miorelaxante.

Drogurile şi doza folosită mai frecvent pentru sedare şi hipnoinducţie :

TABEL CLXXX

SEDATIV		HIPNOTIC	
Drog	*Doză*	*Drog*	*Doză (înainte de culcare)*
Alprazolam (Xanax)	0,25—0,5 mg × 2—3/zi	Cloralhidrat	500—100 mg
Clordiazepoxid (Librium)	10—20 mg × 2—3/zi	Flurazepam (Dalmate)	15—30 mg
Diazepam (Valium)	5 mg × 2/zi	Lorazepam (Ativan)	2—4 mg
Clorazepat (Tranxene)	5—7,5 mg × 2/zi	Metaqualona (Quaalude) comercializată numai ilicit	150—20 mg
Lorazepam (Ativan)	1—2 mg × 1—2/zi	Pentobarbital	100—200 mg
Oxazepam (Serax)	15—30 mg × 3—4/zi	Secobarbital	100—200 mg
Fenobarbital	15—30 mg × 2—3/zi	Temazepam (Restaril)	10—30 mg
Prazepam (Centrax)	10—20 mg × 2—3/zi	Triazolam (Halcion)	0,5—1 mg

Principalele sedative utilizate la noi :

TABEL CLXXXI

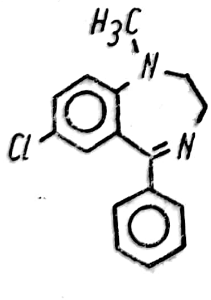
Sinonime	*Acțiune*	*Indicații*	*Contraindicații*	*Prezentare Doză*
Bromoval Albromen Aluval Isoval	sedativ central, ușor anticonvulsivant, hipnotic	excitabilitate, iritabilitate, afecțiuni psihosomatice	nu are	cp. 300 mg 3—4/zi
Bromură de calciu	sedativ central, ușor anticonvulsivant	Idem + tetanie, spasmofilie	sensibilitate la brom, insuficiență renală, sarcină, alăptare	fiole 10 ml 3—5/zi
Bergonal Bellergal Belaspon Belarcon	sedativ central, simpaticolitic	iritabilitate, distonii neurovegetative (DNV), afecțiuni psihosomatice	glaucom, ileus, hipertrofie de prostată	dj. 2—4/zi
Distonocalm	betaadrenolitic, simpaticolitic, parasimpaticolitic	DNV, cenestopatii, afecțiuni psihosomatice	glaucom, sarcină, insuficiență cardiacă, ileus	dj. 3—4/zi
Extraveral	sedativ, ușor hipnotic	excitabilitate, iritatabilitate, afecțiuni psihosomatice	insuficiență renală și hepatică	cp. 3—4/zi
Hipnogal Tricloryl	sedativ hipnotic	sedativ diurn, hipnotic vîrstnici, copii	insuficiență renală și hepatică	sirop 1 ling. = 50 mg 500—1000mg/zi
Lauronil	sedativ deprimant, hipnotic	excitabilitate, crize convulsive, delirium tremens	glaucom, insuficiență renală și hepatică	cp. 1—3/zi
Pasinal	sedativ, ușor hipnotic	excitabilitate, DNV, hipnotic	insuficiență renală și hepatică	sirop 10 g/zi 125 ml 6—9 ling.

Interacţiuni : este de evitat asocierea de hipnoticelor cu anticoagulante, contraceptive, glucocorticoizi, digitală, antidiabetice, derivaţi de sulfoniluree, tetraciclină, IMAO şi fenitoin (căruia fenobarbitalul îi diminuează acţiunea anticonvulsivantă). Efectele secundare, deşi numeroase, sînt de gravitate redusă şi uşor reversibile ; pot fi grupate în :

- produse de barbiturice : somnolenţă matinală, trezire dificilă, senzaţie de ebrietate, vertij, cefalee, tulburări de coordonare şi echilibru, delir (la bătrîni), agitaţie, nistagmus lateral, hipoacuzie, mai rar tristeţe, euforie, iritabilitate (la bătrîni), alergii cutanate ;
- produse de nebarbiturice : somnolenţă matinală (nitrazepam, clorazepat, meprobamat), senzaţie de ebrietate şi stimulare psihică (oxazepam), vertij şi cefalee, greaţă şi vărsături (meprobamat), uscarea gurii (benzodiazepine), tulburări de coordonare motorie (hidroxizin), parestezii ale extremităţilor (nitrazepam), mai rar euforie, depresie, obnubilare-confuzie, reacţii onirice, alergie cutanată, gastralgii (cloralhidrat, meprobamat), osteomalacie (glutetimid), diminuarea libidoului.

Contraindicaţii — restrînse (dar este riscant să nu fie luate în consideraţie) : insuficienţele hepatice, renale, respiratorii şi circulatorii, adenomul de prostată, glaucomul, alcoolismul acut, miastenia, porfiria, utilizarea de anticoagulante sau antidiabetice, vîrsta. Accidentele sînt produse de obişnuinţă, care provoacă adevărate toxicomanii, şi de intoxicaţia acută, care nu se poate realiza decît voluntar (la adult), destul de frecventă, fiind mai gravă dacă se utilizează hipnoticele barbiturice (comă prelungită, cu posibile complicaţii respiratorii).

224. **SEDEPAM**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică şi uşor anxiolitică. Are o singură contraindicaţie : miastenia.



225. **SEDICEPAN**$^{(M)}$ Spania — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

226. **SEDINSTANT**$^{(M)}$ ● Produs original românesc, obţinut din plante (Valerianae officinalis, Humulus lupulus, Crataegus oxyacanta, Leonurus cardiaca, Tilliae cordata, Dracocephalus Moldavica), cu acţiune sedativă şi spasmolitică, indicat în distonie neurovegetativă şi fenomene de hiperexcitabilitate nervoasă : irascibilitate, insomnii, astenie de intensitate mică.

227. **SEDIPAM**$^{(M)}$ Finlanda — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-pentil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

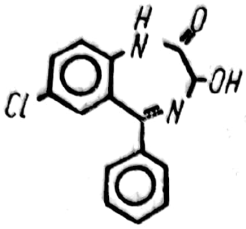
228. **SEDISTON**$^{(M)}$ Italia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă (inferioară clorpromazinei) şi antiemetică, util în tratamentele de întreţinere a psihozelor cronice şi în stările psihopatoide.

229. **SEDITEN**$^{(M)}$ Israel — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

230. **SEDIZINE**$^{(M)}$ Israel — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acţiune antipsihotică marcată şi sedativă relativ redusă, cu valenţe anxiolitice şi antiemetice ; efectele antihistaminice, antispastice şi adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

231. **SEDOFREN**$^{(M)}$ Grecia — sin. SEDIZINE$^{(M)}$ Israel $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$ România.

232. **SEDOKIN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-



benzodiazepin-2-onă, cu acţiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (4 ore) ; acţiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM$^{(M)}$.

233. **SEDOQUIL$^{(M)}$** Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

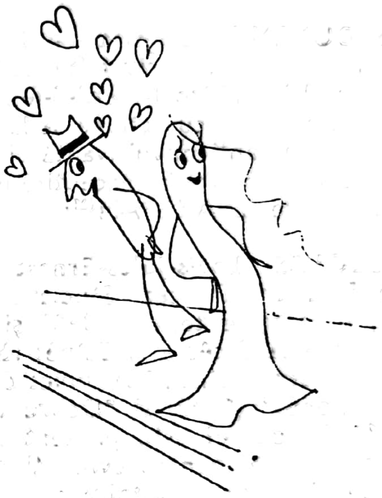
234. **SEDUCŢIE** (cf. lat. *seductio* „seducere, corupere") ● Termenul are două accepţiuni, în funcţie de sintagmele în care apare :

- scenă a seducţiei — scenă reală sau fantasmatică, implicînd avansuri sexuale, pe care o persoană le suportă din partea alteia (de obicei un copil din partea unui adult) ;
- teorie a seducţiei — teorie care atribuie etiologia psihonevrozelor amintirii unor scene reale de seducţie (teoria a fost elaborată între 1895—1897 şi, ulterior, abandonată).

Repere iniţiale privind mecanismul seducţiei:

● Seducţia sexuală, rezultată din experienţa clinică, incluzînd relatările pacienţilor (rememorări ale unor scene de seducţie, de la cuvinte, gesturi sau avansuri, pînă la atentate sexuale suportate pasiv de subiect şi generatoare de spaimă).

● Teoria seducţiei, elaborată de FREUD (1895—1897), pe de o parte ca teorie etiopatogenică, pe de altă parte, ca punct de plecare în explicarea originii mecanismului refulării (primul timp al seducţiei : un eveniment sexual/„presexual" ; evenimentul sexual vine din partea unei persoane exterioare către subiectul care este incapabil de o trăire sexuală ; scena ca atare nu se refulează ; al doilea timp : un eveniment exterior, fără să aibă în mod necesar o semnificaţie sexuală, evocă amintirea primului eveniment printr-o cale asociativă, amintirea provoacă un flux de excitaţie endogenă, ceea ce face să intervină refularea) ; pasivitatea persoanei care suportă seducţia se referă la faptul că această scenă nu generează un răspuns specific, întrucît persoana nu are capacitatea de a integra o experienţă sexuală, astfel încît seducţia declanşează „spaimă sexuală". FREUD descoperă scene ale seducţiei mai întîi în isterie şi apoi în nevroza obsesională, scene petrecute la o vîrstă precoce.



Abandonarea teoriei seducţiei de către FREUD se datorește descoperirilor sale asupra sexualităţii infantile ; scenele de seducţie ar fi rezultatul unor construcţii fantasmatice, prin care individul disimulează autoerotismul primilor ani de viaţă. Elaborările freudiene ulterioare subliniază alte aspecte :

- scenele de seducţie trăite în mod real de copii au o semnificaţie patogenă ; relativ la acest lucru, FREUD aduce următoarele precizări : seducţia poate avea loc destul de tîrziu, dar ea este plasată într-o perioadă precoce printr-o fantasmă retroactivă şi atribuită unui personaj parental ; există o seducţie sexuală maternă, în perioada preoedipiană, seducţie reală, derivată din îngrijirile corporale date de mamă copilului mic, constituind o bază pentru fantasmele ulterioare ;

- refularea presupune mai mulți timpi, un timp ulterior putînd să dea celui anterior un sens traumatic ;
- în teoria seducției, rolul traumatizant revine amintirii și nu evenimentului ca atare ; amintirea devine „realitate psihică", generatoare de fantasme ;
- fantasma sau amintirea („realitatea psihică") au însă un fundament real, exterior psihismului, fundament reprezentat de „scena originară" (seducția exercitată de mamă asupra copilului mic) ; într-un sens mai profund, aceste elemente originare (fantasme originare) sînt resturi mnezice ale experiențelor arhaice trăite de specța umană ;
- complexul Oedip are la bază fantasme ale seducției.

235. **SEDUXEN**$^{(M)}$ Ungaria — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

236. **SÉGLAS Louis-Jules-Ernest** (1856—1939) ● Psihiatru francez. Studiază medicina la Paris, își susține teza în 1881 și lucrează în continuare la Bicêtre și Salpêtrière. Principalele sale lucrări sînt : "Troubles du langage chez les aliénés" (1892) și "Délire de négations" (1897), dar el este prezent în istoria psihiatriei mai ales pentru evidențierea caracterului de sindrom al catatoniei descrise de KAHLBAUM și prin capitolul de semiologie redactat, în 1906, pentru "Traité de pathologie mentale" al lui Gilbert BALLET.

237. **SÉGLAS-KANDINSKI**$^{(H)}$ **halucinații** ● Tip de halucinații verbo-motorii întîlnite în micul automatism mintal din sindromul Clérambault-Kandinski, constînd în perceperea de către subiect a senzației de mișcare a componentelor aparatului fonator, care precede exprimarea verbală.

238. **SÉGUIN Onésime-Édouard** (1812—1880) ● Educator și medic francez, născut la Clamecy (Nèvre), la 20 ianuarie 1812. Elev al colegiului din Auxerre și apoi al celui regal din Saint-Louis (Paris), SÉGUIN este atras de avocatură, studiind dreptul. Membru al grupării lui SAINT-SIMON, are ocazia să cunoască o serie de personalități ale timpului, printre care : HIPPOLYTE CARNOT, P. LEROUX, J. REYNAUD, Émile și Isaac PEREIRE. În 1837, la insistențele lui L. B. GUERSANT, se ocupă de educația unui copil alienat, metodele sale reținînd atenția lui ITARD și ESQUIROL. În 1839, înființează o casă pentru educația copiilor idioți, fiind apoi solicitat să aplice sistemul său educațional la ospiciile din Saint-Martin (1841) și Bicêtre (1842). În 1843, se înscrie la Facultatea de medicină. Din 1844 își reia activitatea de educator independent. În 1848, se remarcă ca participant la revoluție alături de „republicanii" din Garda revoluționarilor și socialiștilor, iar în 1850 emigrează și se stabilește definitiv în SUA. Începînd cu anul 1851, SÉGUIN practică medicina la Cleveland (Ohio). Animat permanent de dorința de a ajuta copiii handicapați, își dă concursul la înființarea unor clase speciale în mai multe state : Massachusetts (1852), New York (1854), Connecticut (1855), Pennsylvania (1856), Ohio (1857). În 1861, este avansat medic-director al Universității din orașul New York, iar în 1873 reprezintă Statele Unite ale Americii în problemele de educație, la Expoziția Universală de la Viena. În anul 1876, este ales Consilier al școlii din Siracuza și membru fondator al Asociației medicilor militari al cărei prim președinte este. În 1880, înființează la New York școala de fiziologie Séguin pentru copiii slab dezvoltați mintal. Moare în acest oraș la 28 octombrie 1880.

Influențat de filozofi ca J. J. ROUSSEAU și practicieni autentici din secolul trecut, ca I. R. PEREIRE, SÉGUIN a recurs permanent în activitatea sa la metodele observării și analizei. Lucrarea sa fundamentală, „Tratamentul moral, igienic și educativ al idioților și al altor copii retardați", publicată la Paris, în anul 1846, este bazată pe o experiență profesională de mai bine de zece ani, cu copiii alienați. Elaborînd tehnici originale de educație senzorio-motorie (preluate, mai tîrziu, de Maria MONTESSORI), SÉGUIN a avut permanent în vedere, chiar atunci cînd metodele sale s-au angajat pe drumul „dresajului", copii cu patologie specifică și particularități de vîrstă, cărora le-a consacrat întreaga muncă și viață.

239. **SÉGUIN**$^{(B)}$ **boală** — sin. ACTOMIMIE ; DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERAȚIE MINTALĂ ; DOWN$^{(B)}$ boală ; IDIOȚIE FURFURACEE SÉGUIN ; IDIOȚIE MONGOLOIDĂ ; MONGOLOISM ; TRISOMIA 21 sin. → LANGDON-DOWN$^{(B)}$ boală (la indicația OMS, termenii : DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ, IDIOȚIE MONGOLOIDĂ și MONGOLOISM se recomandă a nu mai fi utilizați).

240. **SEISMOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *seismos* "zguduitură, cutremur" ; *phobos* "frică") ● Teamă patologică de cutremur, de calamitate naturală,

care apare la personalităţi nevrotice, psihastenice, în nevroza obsesivo-fobică.

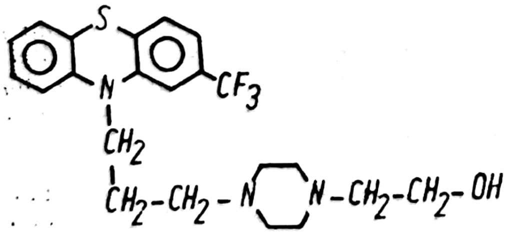
241. **SEISMOTERAPIE** (cf. gr. *seismos* ; *theropeia* „tratament") ● Termen utilizat pentru prima oară de COURBON şi PERRIN, spre a desemna terapii convulsivante.

242. **SEITELBERGER$^{(B)}$ boală** — sin. DEGENERESCENŢĂ NEUROAXONALĂ INFANTILĂ ; IDIOŢIE AMAUROTICĂ AXONALĂ SPASTICĂ ; IDIOŢIE SPASTICĂ ● Boală eredodegenerativă rară, care apare în copilărie, caracterizîndu-se clinic prin tulburări de mers, tulburări ale sensibilităţii profunde, atrofie optică cu amauroză şi întîrziere psihică gravă. A fost descrisă de SEITELBERGER, în anul 1952. Majoritatea autorilor o consideră drept o variantă pigmentară a idioţiei amaurotice, în care substanţa stocată pare a fi o lipofuscină. Examenul anatomic evidenţiază dilataţii axonale mari, localizate în substanţa cenuşie (predominant în trunchiul cerebral) şi demielinizare la nivelul globului palid. Evoluţia şi prognosticul sînt nefavorabile,

243. **SEJUNCŢIE** (cf. lat. *sejunctio* „separare") ● Dereglare procesuală fundamentală, legată de distrugerea, consecutivă bolii, a căilor asociative care leagă ariile de proiecţie. Termenul a fost introdus de WERNICKE, în 1880, precedînd disocierea bleuleriană.

244. **SELAFOBIE$^{(F)}$** (cf. gr. *selas* „strălucire; lumină" ; *phobos*) ● Teamă patologică de fulger, de scîntei. Se întîlneşte în nevroza obsesivo-fobică, în nevroza anxioasă, isterie, psihastenie etc.

245. **SELECTEN$^{(M)}$** Israel — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, în depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

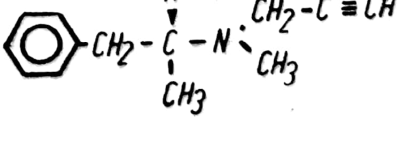


246. **SELECTIVITATE** (cf. fr. *sélectivité* : vezi lat. *selectio* „alegere") ● Proprietate generală a reflectării psihice, a interacţiunii dintre individ şi mediu, constînd în alegerea, reţinerea şi utilizarea acelor evenimente, fenomene, obiecte, persoane sau particularităţi ale acestora care se impun situaţional, în mod obiectiv şi/sau subiectiv. Ea implică deci o operaţie de selecţie, o alegere de ordin criterial (corespunzător unor dorinţe, interese, scopuri individuale sau sociale, unor caracteristici de forţă, tărie, intensitate a stimulaţiei) dintr-o grupare, serie, populaţie etc. La nivel uman, este dependentă de gradul de dezvoltare a personalităţii, de gradul ei de activism, de spiritul critic, tiparele motivaţionale ş.a. Factorii care impun selectivitatea ca un mecanism cu valoare adaptativă se referă la realităţi semnificative sau necesare subiectiv, social, circumstanţial. Intervine cu pregnanţă în procesele perceptive, mnestice, prosexice şi mai ales cognitive (actul de alegere la acest nivel fiind unul decizional, de opţiune între mai multe variante sau posibilităţi).

Se cunosc mai multe tipuri sau forme de selectivitate : artificială, naturală, sexuală, funcţională şi, în particular, în psihologiile socială şi educaţională se vorbeşte de un fenomen psihosocial de „selecţie de masă" (R. PAGES, 1965) şi de selecţie psihologică, şcolară sau profesională.

Selectivitatea se poate fonda pe o alegere : empirică sau ştiinţifică, neintenţională sau deliberată, preferenţială sau statistică. Selecţia psihologică, aplicabilă în domenii variate (şcoală, industrie, armată), reprezintă un proces de sine stătător sau o etapă circumscrisă unui proces de orientare şcolară sau profesională, bazîndu-se pe criterii şi scopuri prestabilite şi pe metodologii specifice. Metoda testelor psihologice în cadrul examenelor de selecţie asigură, pe de o parte, acoperirea necesarului de forţe de muncă în funcţie de aptitudinile fiecăruia şi de parametrii convenabili bunei desfăşurări a diferitelor activităţi (alegerea celor care posedă aptitudinile necesare exercitării unei anumite profesiuni, aptitudini dezvoltate într-un grad satisfăcător şi nu alegerea supradotaţilor sau supravalorilor), iar pe de altă parte, rigoare ştiinţifică trierii efectuate (alegere statistică) → ALEGERE.

247. **SELEGILINE$^{(DCI)}$** ● Derivat propargilaminic, de tip (R)-(-)-N,α-dimetil-N-2-propionilfenetilamină, cu acţiune antidepresivă. Este



lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente şi antidepresive timoleptice, necesitînd o pauză de 14 zile. Contraindicaţiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :

DEPRENYL$^{(M)}$ Ungaria
JUMEX$^{(M)}$ Ungaria
LESOTAL$^{(M)}$ Iugoslavia

248. **SELENE$^{(M)}$** Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

249. **SELES BETA$^{(M)}$** Italia — DCI *Atenolol* ● Betablocant de tip 2-/p-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/fenil/acetamidă, indicat în anxietate cu şi fără componentă somatică, tulburări funcţionale ale sistemului cardiovascular, ca adjuvant în tratamentul sevrajelor, combaterea tremorului senil. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

250. **SELEZYME$^{(M)}$** Japonia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxpiiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

251. **SELF** (engl. *self* „eu, sine, identitate, individualitate") ● Termen care desemnează sistemul personalităţii, în integritatea sa corporală şi psihologică, sistem care include experienţa subiectivă a fiecăruia şi se formează pe baza acesteia. SULLIVAN consideră selful ca fiind el însuşi un sistem, cel mai important în ansamblul personalităţii, sistem cu funcţiune reglatorie. JACOBSON (1964) distinge în procesul de structurare şi dezvoltare-diferenţiere a persoanei următoarele stadii, în care se produce şi o diferenţiere a energiei psihice :

- stadiul primal, caracterizat printr-o energie nediferenţiată, difuză ; este faza embrionară, cu un self nonstructurat, „primal", fiziologic, limitat la funcţiunile embrionare ;
- stadiul marcat de naştere, în care se produce diferenţierea percepţiei şi a memoriei, a funcţiunilor motorii şi a zonelor erogene pregenitale ;
- începutul diferenţierii structurale şi al formării Egoului, caracterizat prin apariţia limbajului, a mersului, a controlului sfincterian, reprezintă un stadiu de organizare în cadrul căruia copilul diferenţiază informaţii despre sine (self) şi despre lumea obiectelor ; se organizează trasee şi urme perceptuale şi mnezice ;
- stadiul de vîrf al sexualităţii infantile, caracterizat prin fuziune şi neutralizare a energiilor sexuale şi agresive ;
- formarea Supraeului, stadiu care accentuează această neutralizare, marcînd începutul perioadei de latenţă.

Imaginea de sine (self-image) şi diferenţierea interioară a obiectelor (self-object differentiation) sînt strîns legate ; imaginea internă a obiectelor (persoane şi lucruri) se formează în procesul de „internalizare" a acestora, după diferenţierea selfului ca imagine de sine. În procesul de maturizare a persoanei şi a relaţiilor sale, se produce o trecere de la centrarea asupra obiectului ca aparţinînd în exclusivitate selfului (de fapt, centrare asupra propriei persoane) la centrarea asupra obiectului ca obiect independent, selful recunoscînd trebuinţele obiectului independente de trebuinţele sale. Conceptele de self, diferenţiere a selfului, diferenţiere a obiectelor în relaţia self-obiect au fost puse în circulaţie după 1950, în special începînd din 1960, şi aparţin psihanaliştilor freudieni anglo-saxoni. SCHMALE (1972) subliniază că recunoaşterea gratificaţiilor şi nongratificaţiilor ca provenind de la obiect se formează gradat, această recunoaştere apărînd ca rezultat al faptului că subiectul acceptă trebuinţa şi gratificaţia ca o parte a reprezentării obiectuale (deci a obiectului) ; în acest stadiu, trebuinţele sînt parţial acceptate ca pornind din self ; ulterior, acceptarea frustrării şi a gratificaţiei în/din relaţia cu obiectul va deveni capacitate de a diferenţia între satisfacţia (gratificaţia) obiectuală şi satisfacţia selfului. Perioada în care selful se diferenţiază este perioada 16—36 luni. SCHAFER (1968) vorbeşte despre „imoralitatea" psihică a obiectului, pe care o leagă de următoarele aspecte-fenomene : ideaţia primară, formarea reprezentării obiectuale în relaţii cu reprezentarea selfului şi schimbările aduse de identificare. Evoluţia obiectului imortal urmează trei posibilităţi (fără ca acestea să fie exclusive) :

- introiecţia obiectului ca prezenţă primară ;

- transformarea obiectului prin identificare ;
- păstrarea obiectului ca obiect extern selfului subiectiv.

WOLKAN (1976) vorbeşte despre relaţii obiectuale primitive internalizate, ce apar mai ales la personalităţile narcisice, la personalităţile borderline, la schizofreni ; prin relaţii obiectuale primitive internalizate, WOLKAN înţelege acele relaţii primitive implicind reprezentarea obiectului şi reprezentarea selfului, în procese cathectice primitive, la nivel de introiecţie-proiecţie, procese în care s-a produs o ruptură avînd drept suport mecanismul de negare-refuz ca defensă dominantă. KOHUT (1977) stabileşte cinci categorii de perturbări ale selfului : psihozele, stările border-line, personalităţile schizoide şi paranoide, personalităţile narcisice şi tulburările comportamentale de tip narsicic. KERNBERG (1976) enumeră cinci stadii ale dezvoltării :

- „autismul" normal (stadiul primar nediferenţiat, în prima lună de viaţă ;
- „simbioza" normală (nu există diferenţiere între reprezentarea selfului şi reprezentarea obiectului între două şi şase, opt luni de viaţă) ;
- diferenţierea între reprezentarea selfului şi reprezentarea obiectului (între 6—8 şi 18—36 luni de viaţă) ;
- integrarea reprezentărilor selfului şi a reprezentărilor obiectului, cu dezvoltarea acelui nivel intrapsihic constînd în obiect-relaţii-structuri derivate (al treilea an de viaţă, perioada oedipiană) ;
- consolidarea Supraeului şi integrarea Eului.

După acelaşi autor, tulburările psihice (psihopatologia) pot fi privite în perspectiva acestor niveluri de dezvoltare :

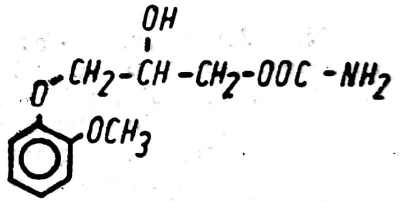
- la nivelul psihopatologic cel mai profund, predomină ruptura (negarea/refuzul) ca defensă ;
- la nivel intermediar, predomină defensa prin represiune ;
- la nivelul cel mai înalt, predomină idealul persoanei.

Fenomenele psihopatologice ar fi perturbări ale „internalizării" relaţiilor obiectuale, de fapt ale relaţiilor între self şi obiecte.

E. FROMM (1939) publică un articol în care arată că dragostea pentru sine şi dragostea pentru ceilalţi nu sînt alternative separate, ci dimpotrivă, este capabil să iubească altă persoană numai acel individ care manifestă iubire şi pentru propria persoană ; iubirea este unitară, în măsura în care ea implică legătura între self şi obiecte. Acest lucru trimite şi la faptul că o persoană nu poate să accepte alte persoane dacă ea nu se acceptă în primul rînd pe sine. Acceptarea de sine şi acceptarea celuilalt nu sînt atitudini esenţial diferite decît aparent ; cînd ele se manifestă ca accentuat diferite, este vorba deja de simptom. După cum reprezentarea obiectului se poate forma fără reprezentarea selfului, relaţia cu celălalt presupune o diferenţiere a relaţiei persoanei cu ea însăşi.

252. **„SELF DEFEATING" — personalitate** (cf. engl. „autodestructiv") ● Tip de personalitate descris recent de SPITZER şi colab., avînd drept principală trăsătură un comportament deformat, în care autodistrugerea este prezentă începînd din adolescenţă, în cele mai variate contexte. Are o frecvenţă mai mare la femei (1,5—2 ori). Persoana îşi anulează sau îşi subminează experienţele plăcute, este atrasă de relaţii (cum ar fi relaţiile conjugale, relaţiile de prietenie) şi de diverse situaţii în care ştie că va suferi, dar îi împiedică în acelaşi timp pe alţii să îi ofere sprijin (→ PERSONALITATE DIZARMONICĂ).

253. **SELGAPYLIN D(M)** Japonia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat ce glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acţiune predominant miorelaxantă şi anxiolitic-sedativă ; are şi valenţe analgezice.



254. **SELOKEN(M)** Franţa, Spania ; **SELOPRAL(M)** Finlanda — DCI *Metoprolol* ● Betablocant de tip (±)-1-(isopropilamino)-3-/p-(2-metoxietil)fenoxi/-2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO.

255. **SELTER-SWIFT-FEER(B) boală** — sin. ACRODINIE; BOALĂ ROZĂ; CHARDON(B) boală ; ERITREDEM POLINEUROPATIC ; TROFODERMATONEUROZĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ERITREDEM AUSTRALIAN.

256. **SELYE Hans** (1907—1982) ● Fiziopatolog canadian, născut în Ceho-Slovacia. A făcut studiile medicale la Paris, Roma şi Praga. Între 1929 şi 1931, a lucrat în laboratoarele

universităţilor germane, iar după 1932 la Montreal, unde a desfăşurat, în perioada 1933—1945, o bogată activitate universitară. Din 1945 a fost profesor la catedra de fiziopatologie din Montreal şi director al Institutului de medicină şi chirurgie experimentală. Este autorul conceptului de „stres", pe care îl va impune printr-o intensă activitate publicistică (peste 1 200 de articole). A descris sindromul general de adaptare, condiţionarea hormonală, calcifilaxia etc.

Autor cu o viziune integralistă asupra funcţionalităţii organismului uman, şi-a exprimat punctele ce vedere în lucrări ca : „Rapoarte anuale asupra stresului" (1951—1956), „Stresul vieţii" (1956), „Prevenirea medicamentoasă a nevrozei cardiace" (1958), „Calcifilaxia" (1962), „De la vis la descoperire" (1964), „Mastocitul" (1965). Lucrările sale au înrîurit nu numai psihiatria, ci şi alte domenii ale medicinei moderne, deschizînd amplul capitol al patologiei de stres.

257. **SELYE$^{(S)}$ sindrom** ● Cunoscut şi sub numele de SINDROMUL DE ADAPTARE CONSECUTIV STRESULUI, ar evolua — potrivit opiniei lui SELYE, cel care l-a descris, în 1936 — în trei faze : reacţia de alarmă, reacţia de adaptare şi reacţia (stadiul) de epuizare.

258. **SEMANALIZĂ** (cf. gr. *semeion* „semn" ; *analysis* „descompunere") ● Ramură specializată a semioticii, care studiază textul din perspectiva semnului, a influenţei subiectului asupra semnului şi a organizării gramaticale a discursului, vizînd descoperirea originilor profunde (germenilor) ale procesului semnificării în practica limbii. Semanaliza revine la o confruntare a semiologiei şi a psihanalizei în interiorul textului, cu particularizare asupra textului (discursului) psihotic. Ca arheologie a enunţării (J. KRISTEVA), semanaliza încearcă să desprindă condiţiile subiective de producere şi elaborare a elementelor şi operaţiilor discursului, prin intermediul categoriilor lingvistice şi al strategiilor retorice, prin care subiectul corelează fragmente de real, imaginar şi simbolic. Semanaliza se ocupă de sistemele semnificante din ştiinţe, însă nu numai sub aspectul obiectului spre care se orientează aceste sisteme, ci şi din perspectiva subiectului. Semanaliza are o accentuată implicare în psihanaliză, în măsura în care are în vedere subiectul şi discursul său, presiunea exercitată de subiect asupra *semnelor*. Ca ştiinţă a textului, semanaliza este o condensare (în sensul analitic al termenului, folosit în legătură cu travaliul visului) a unui proces dublu : de producere a sensului şi de transformare a acestuia într-un produs care este textul. În perspectivă semanalitică, nevroza operează prin reprimarea dorinţei şi/sau a semnificantului, folosind strategiile de verosimilizare din limbajul sintactic normativ. Psihoza operează retractarea realităţii, cerind semnificantului să fie real pentru a fi adevărat. Psihoza este „criza de adevăr a limbajului".

259. **SEMANTICĂ** (cf. fr. *sémantique* : vezi gr. *semeion* „semn") ● Studiul semnelor verbale sub aspectul semnificaţiei lor.

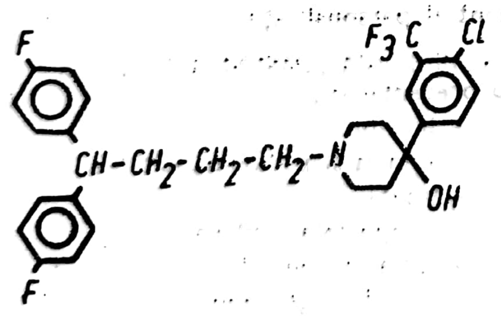
● Semantica *logică* este un capitol al semioticii logice, iniţiat de G. FREGE — deşi termenul de semantică a fost introdus în logică mai tîrziu, de către TARSKI. În sens larg, studiul semantic are ca obiect conţinutul (semnificaţiile) unui limbaj dat, pornind de la premisa că acesta se referă la un ansamblu de obiecte (entităţi materiale sau ideale), pentru a clarifica relaţiile de natură informaţională dintre expresie şi obiect, precum şi relaţiile dintre expresii în corespondenţă cu relaţiile din sfera obiectului. Într-un sens mai restrîns, semantica studiază interpretarea sistemelor formale (logistice) — care, constituite după reguli sintactice, nu au de la început anumite semnificaţii, ci pot primi diferite conţinuturi ; cu alte cuvinte, sistemele logistice nu sînt nemijlocit limbaje despre ceva, ci scheme sau structuri pur formale, coerente din punct de vedere logic, care devin limbaje abia atunci cînd li se atribuie un referenţial cu care sînt puse (prin interpretare) în relaţii stricte de corespondenţă. Gravitînd în jurul semnificaţiei, semantica logică — în ambele accepţiuni — abordează următoarele aspecte problematice :

- teoria desemnării (raportul dintre expresii şi semnificaţiile lor) ;
- teoria adevărului (în limbajele formalizate) ;
- teoria deducţiei logice.

Printre cei mai reprezentativi logicieni care au contribuit decisiv la dezvoltarea semanticii logice, după FREGE, se numără A. TARSKI, R. CARNAP, W. QUINE, J. HINTIKKA ş.a. ● Semantica *generală* (engl. general semantics) cercetează limbile naturale, neformalizate, sub aspect sociologic şi pragmatic, urmărind să elucideze rolul semnelor verbale în desfăşurarea acţiunii comunicative, ca elemente ale comportamentului uman. În varianta sa iniţială (elaborată de A. H. KORZYBSKI şi popularizată de Stuart CHASE), semantica generală a oferit un amestec incongruent de observaţii pertinente asupra unor probleme reale, raportul dintre limbă şi realitate, rolul semnelor şi simbolurilor în adaptarea socială, corelaţiile dintre gîndire, limbaj şi comportament etc., cu exagerări şi bizarerii profetice ; văzînd în utilizarea improprie a limbii, cauza principală a racilelor sociale şi a tulburărilor psihosomatice individuale, KORZYBSKI şi-a propus să mîntuiască omenirea de tarele ei semantogene, printr-o tehnică psihoterapeutică fantezistă. Renunţînd la asemenea excese, continuatorii importanţi ai semanticii generale (S. I. HAYAKAWA, A. RAPAPORT, I. J. LEE) au dezvoltat îndeosebi conţinutul raţional al teoriei, consolidînd statutul ei teoretic.

260. **„SEMANTICĂ — demenţă“** ● Lipsa de rezonanţă afectivă a unor personalităţi dizarmonice, la sentimente ca : iubirea, respectul reciproc, mîndria, ruşinea, pe care subiectul nu şi le poate reprezenta şi nici trăi cu adevărat. Termenul a fost introdus de H. CLECKLEY (1942).

261. **SEMAP**(M) Austria, Belgia, Danemarca, Elveţia, Finlanda, Franţa, Israel, Olanda, Germania — DCI *Penfluridol* ● Neuroleptic, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 4-(4-clor-α,α,α-trifluoro-m-tolil)-1-/4,4-bis(p-fluorofenil)butil/-4-piperidinol, apropiat atît chimic, cît şi farmacodinamic de PIMOZIDE. Are acţiune antipsihotică bună şi acţiune sedativă scăzută (necesită asociere). Este indicat în tratamentul ambulator de lungă durată.



262. **SEMERAU-SIEMIANOVSKI**(B) **sindrom** — sin. COLAPS PAROXISTIC PARADOXAL ; HIPOASFIXIE PAROXISTICĂ ● Manifestare clinică paroxistică, cu caracter repetitiv, întîlnită la femeile cu insuficienţă funcţională sexuală în preclimacteriu, evoluînd pe axul : colaps brusc, insuficienţă circulatorie, puls slab, tahicardie, hipotensiune, anxietate marcată, fără pierderea conştiinţei. Durata este de 5—15 minute, cu final brusc, transpiraţie masivă, diaree, emisie de urină. Deşi prognosticul nu este nefavorabil, atît repetarea crizelor, cît şi dramatismul lor creează o stare de anxietate greu de tratat (hormoni sexuali, tranchilizante, vitamine).

263. **SEMI-** (cf. lat. *semi* „ pe jumătate“) ● Element de compunere care introduce sensul de „jumătate“.

264. **SEMIHALUCINAŢII** (cf. *semi-* ; lat. *hallucinatio* „aiureală“) ● Tulburări de percepţie vizuală, care apar în hemicîmpurile homo- şi heteronime. Termenul este impropriu. Unii autori îl folosesc ca sinonim pentru HEMIMACROPSIE (impresia de mărire a imaginilor dintr-un cîmp vizual alterat în comparaţie cu cîmpul vizual normal), care este însă o iluzie.

265. **SEMIOLOGIE** (cf. gr. *semeion* „semn“ ; *logos* „cuvînt, discurs“) ● Ştiinţa care tratează semnele bolilor. Semiologia medicală operează cu noţiunea de simptom în elaborarea strategiilor decizionale privind diagnosticul şi conduita terapeutică.

Semiologia psihiatrică, parte integrantă din semiologia medicală, are o situaţie cu totul particulară, datorată următoarelor motive :

- relaţia medicului psihiatru cu simptomul bolii nu se face direct, nemediat, ci se poate realiza numai în măsura în care acesta se materializează în comportamente, în primul rînd cel verbal ;
- cauzalitatea nu este directă : între procesul patologic şi semn nu se poate stabili o relaţie directă (exceptînd unele boli cu substrat organic) ;
- posibilitatea de manifestare a semnelor este infinită prin întrepătrunderea permanentă a conţinutului acestora cu forma lor (care, la rîndul ei, deşi este relativ mai stabilă, are o variabilitate extremă) ;
- simptomul psihiatric nu are decît o valoare contextuală, spre deosebire de simptomul somatic, care se referă la o realitate partajabilă şi, deci, analizabilă ca atare (sistemul psihismului nu poate fi conceput ca divizibil pe „funcţii“, descrierile de acest tip reprezentînd doar metode operaţionale pragmatice) ;

- modalitățile de culegere a informațiilor necesare sînt legate de un demers aleator în care orice încercare de „țintire" este urmată de apariția unor devieri, uneori de proporții ; psihiatrul își culege materialul ascultînd și observînd "țintit", neputînd recurge, în nici un caz, la un demers activ (așa cum se întîmplă în cazul somaticianului) ;
- simptomatologia psihiatrică se înscrie în contextul socio-cultural al epocii și este determinată istoric.

Grup de bolnavi cu P.G.P. (după O. Bumke)

Determinarea istorică afectează atît conținutul, cît și forma simptomelor, sindroamelor și chiar a ansamblurilor acestora, reprezentate de boală. De exemplu, demonofobia, atît de frecventă în evul mediu, este practic, în cultura secolului al XX-lea, o piesă muzeistică, în timp ce SIDA-fobia sau OZN- fobia poartă sigla acestui secol ; conținutul ideilor delirante de invenție din vremea lui ESQUIROL nu mai poate fi regăsit și, oricît de bizare sînt ideile de grandoare din epoca contemporană, nici un bolnav nu va susține totuși că este un vestit conducător al unei armate de cavalerie etc.

Comportamentele unor grupuri etnice, privite din afară, ar putea să pară patologice (cînd de fapt sînt doar neobișnuite pentru cei din exterior), iar determinările transculturale se reflectă pînă și în evoluția depresiilor sau în epidemiologia psihozelor cronice.

Nu rareori, psihiatrul se lovește de situația paradoxală în care boala este mai facil de evidențiat decît semnele sale. De fapt, acest lucru pledează pentru faptul că, prin contextualizare, raportul de semnificație crește foarte mult. Semiologia nu poate fi doar o înregistrare de simptome sau tulburări elementare izolate artificial, ci un limbaj articulat care restabilește unitatea semnificat-semnificant, dînd libertate demersului diagnostic logic.

Semiologia psihiatrică, în momentul actual, nu mai poate rămîne tributară uneia sau alteia dintre concepțiile pur teoretice; odată cu abordările metodologice, în marea lor diversitate, analizează simptomele din unghiuri atît de diverse ca : fenomenologie, teoria inovației, teoria informației etc. Sindromiologia și patologia se referă la comportamente și conduite pentru a-și defini tiparele, depășind vechile abordări mecaniciste.

Trebuie menționat că, în psihiatrie, descrierea unor sindroame este adesea doar rezultatul *„decupării"* pe „funcții" a modulului global în care o tulburare de un anumit tip afectează sistemul psihismului. Cunoașterea semiologiei psihiatrice nu este doar o problemă formală, ci una de mare importanță practică (PREDESCU — 1976), absența acestei „chei universale" fiind fatală în fața labirintului reprezentat de patologia psihiatrică. Din considerente pragmatice, pentru orientarea specialistului, au fost propuse viziuni diferite de abordare a semiologiei, viziuni care creează o nuanțare specifică.

Adecvarea modelului semiologic la noile achiziții, ca și păstrarea acelor elemente „clasice" care-l pot face inteligibil oricărui specialist duc la apariția unui eclectism fertil, înscris în dinamismul caracteristic semiologiei psihiatrice.

H. EY și P. BERNARD afirmă că, în psihiatrie, expunerea semiologiei trebuie să fie sistematică ca însăși examenul psihiatric. Ei încearcă să treacă peste analiza funcțională a compartimentelor vieții psihice, preferînd să se refere la semiologia comportamentelor și conduitelor sociale, semiologia activității psihice bazale actuale, semiologia sistemului permanent al personalității.

- *SEMIOLOGIA COMPORTAMENTULUI :*
  - prezentarea :
    - — biotipul
    - — mimica și psihomotricitatea
    - — ținuta
    - — comportamentul verbal
  - reacțiile la contactul cu mediul :
    - — încredere și cooperare
    - — opoziție
    - — indiferență
  - comportamentul cotidian :
    - — îngrijirile corporale (curățenia și disciplina sfincteriană)
    - — somnul și odihna
    - — comportamentul sexual

- conduitele alimentare
- viaţa familială
- activitatea socioprofesională

- reacţii antisociale :
  - fugi
  - suicid
  - atentate la moravuri
  - furtul patologic
  - incendierea
  - homicidul

- *SEMIOLOGIA ACTIVITĂŢII PSIHICE BAZALE ACTUALE* :
  - claritatea şi integrarea cîmpului conştiinţei
  - orientarea temporospaţială
  - tulburări de memorie :
    - amneziile
    - hipermneziile
    - paramneziile
  - tulburările afectivităţii bazale (holotimice) :
    - afectele depresive (durerea şi angoasa)
    - afectele expansive (bucuria şi plăcerea)
  - activitatea sintetică de bază :
    - tulburările atenţiei şi concentrării psihice
    - tulburările abstractizării şi ale operaţiilor intelectuale
    - tulburările in cursul gîndirii
    - semiologia comunicării : articularea, tulburări sintaxice, tulburări semantice
  - semiologia psihomotricităţii :
    - crizele nervoase şi accesele de agitaţie : criza epileptică, criza nevropatică (isterică, criza catatonică), agitaţia maniacală, criza de anxietate
    - catatonia
    - tulburări psihomotorii sistematizate : impulsiuni, obsesii, ticuri şi spasme, parakinezii
  - semiologia percepţiei :
    - halucinaţii psihosenzoriale : vizuale, auditive, olfacto-gustative, tactile, cenestezice şi ale schemei corporale, motrice (kinestezice)
    - halucinaţii psihice sau pseudohalucinaţii : vizuale, acustico-verbale, psihomotorii verbale
    - sindromul de automatism mintal
    - experienţe halucinator-delirante : starea confuzo-onirică, starea crepusculară oneiroidă, dedublarea şi depersonalizarea, starea de anxietate sau de exaltare.

Halucinaţii auditive (după V. Ghiliarovski)

- *SEMIOLOGIA TULBURĂRILOR PERSONALITĂŢII (PATOLOGIA EULUI)* :
  - semiologia tulburărilor de caracter
  - semiologia conflictelor intrapsihice ale persoanei (Eul nevrotic)
  - semiologia alienării persoanei (Eul delirant) :
    - expansiunea delirantă a Eului
    - retracţia delirantă a Eului
  - patologia sistemului intelectual al persoanei (Eul demenţial)
  - ageneziile personalităţii.

H. KAPLAN şi B. SADOCK (1985) propun următorul mod de clasificare al semiologiei :

- **CONŞTIINŢA** (starea de luciditate) : următoarele concepte sînt necesare pentru definirea domeniului :
  - apercepţia : percepţie modificată de sentimentele sau gîndurile proprii ;
  - senzorium : starea de funcţionare a diferitelor simţuri ;
  - psihotic : tulburare masivă a perceperii realităţii.
  - Tulburări ale conştiinţei :
    - dezorientarea
    - obnubilarea
    - stupoarea
    - delirium
    - coma
    - coma vigilă
    - dreamy state
  - tulburări de atenţie :
    - distractibilitatea
    - atenţie selectivă

- tulburări ale sugestibilității (răspuns necritic și compliant la sugestie) :
  - — folie à deux
  - — hipnoza

● **EMOȚIILE :** modalitate complexă de a simți, avînd componente psihice, somatice și comportamentale, corelate cu afectivitatea și dispoziția.

- Afectul :
  - — iadecvare afectivă
  - — afecte adecvate
  - — afect primitiv
  - — ștergere afectivă
  - — labilitate afectivă
- dispoziția :
  - — disforică
  - — eutimică
  - — expansivă
  - — iritabilă
  - — oscilații dispoziționale
  - — elație
  - — exaltare
  - — extaz
  - — depresie
  - — „depresie de doliu"
  - — alexitimia
- alte emoții :
  - — anxietate
  - — teamă
  - — agitație
  - — încordare
  - — panică
  - — anxietate liber flotantă
  - — apatie
  - — ambivalență
  - — depersonalizare
  - — derealizare
  - — agresiune

● **COMPORTAMENTUL MOTOR** (CONAȚIA) : capacitatea de a iniția acțiuni sau descărcări motorii, legate de tendințe bazale ale personalității, exprimate comportamental.

- Tulburări ale conației :
  - — ecolalia
  - — ecopraxia
  - — flexibilitatea ceroasă
  - — catalepsia
  - — sugestibilitatea
  - — comportament catatonic (excitație, rigiditate)
  - — automatism motor
  - — cataplexie
  - — stereotipie
  - — negativism
  - — manierism
  - — verbigerație
  - — supraactivitatea : agitație psihomotorie, hiperactivitate (hiperkinezie), ticuri, somnambulism, compulsiune (dipsomanie, egomanie, erotomanie, cleptomanie, megalomanie, monomanie, nimfomanie, satiriazis, tricotilomanie, ritual)
  - — hipoactivitatea
  - — mimetismul.

● **GÎNDIREA :** flux de idei, simboluri și asociații, direcționate, inițiate de o problemă sau o sarcină, conducind la o concluzie privind realitatea. Cînd apare o secvență logică a ideilor, gindirea este considerată normală.

- Tulburări in forma gindirii :
  - — tulburări ale gindirii formale
  - — gindirea ilogică
  - — dereismul
  - — gindirea autistică
- tulburări in structura asociațiilor :
  - — neologisme
  - — salata de cuvinte
  - — circumstanțialitate
  - — tangențialitate
  - — incoerență
  - — perseverare
  - — condensare
  - — răspunsul alături
  - — pierderea asociațiilor
  - — deraiere
- tulburări in rapiditatea asociațiilor :
  - — fuga de idei
  - — asociații prin asonanță
  - — blocajul
  - — bavardajul
  - — logoreea
  - — vorbirea săracă
  - — vorbirea confuză
- tulburări in tipul asociațiilor :
  - — afazie motorie
  - — afazie senzorială
  - — afazie mixtă
  - — afazie sintactică
- tulburări ale conținutului gindirii :
  - — gindire magică
  - — sărăcirea conținutului gindirii
  - — supraevaluarea ideilor
  - — idei delirante (delir bizar, delir in concordanță cu dispoziția, delir independent de dispoziție, delir nihilistic, delir de vinovăție, delir somatic, delir sistematizat, delir de grandoare, delir de persecuție, delir de referință, delir de autoacuzare, delir de influență, delir de gelozie)
  - — idei prevalente
  - — hipocondrie
  - — obsesia
  - — fobia (acrofobia, agorafobia, algofobia, claustrofobia, xenofobia, zoofobia).

- **PERCEPŢIA :**
  - tulburări asociate cu boli organice ale creierului
  - tulburări asociate cu isteria :
    - anestezia isterică
    - macropsia
    - micropsia
  - halucinaţii :
    - hipnagogice
    - hipnapompice
    - auditive
    - vizuale
    - olfactive
    - gustative
    - tactile
    - liliputane
    - halucinaţii congruente cu dispoziţia
    - halucinaţii necongruente cu dispoziţia
  - iluzii.

- **MEMORIA** : funcţia prin care informaţia stocată în creier este mai tîrziu readusă în conştiinţă.
  - Tulburările memoriei :
    - amnezia
    - paramnezia (false recunoaşteri, falsificare retrospectivă, confabulaţia, déjà vu, déjà entendu, jamais vu)
    - hipermnezia.

- **INTELIGENŢA** : abilitatea de a înţelege, evoca, mobiliza şi integra constructiv cele învăţate anterior la întîlnirea cu noi situaţii.
  - Tulburările inteligenţei :
    - întîrzierea mintală
    - demenţa
    - pseudodemenţa.

În 1985 („Vademecum în psihiatrie"), am optat pentru următoarele coordonate ale semiologiei psihiatrice :

- conştiinţa şi tulburările ei
- afectivitatea şi tulburările ei
- instinctele şi tulburările comportamentului instinctual
- percepţia şi tulburările ei
- atenţia şi tulburările ei
- memoria şi tulburările ei
- gîndirea şi tulburările ei
- voinţa şi tulburările ei
- comunicarea şi tulburările ei
- conduita motorie şi tulburările ei.

CONŞTIINŢA ŞI TULBURĂRILE EI

Fundament al psihicului uman, care-i conferă superioritatea calitativă absolută, conştiinţa este „viaţa psihică la un moment dat" (JASPERS), avînd ca funcţie specifică modelarea şi corelarea trăirilor „acum şi aici" (H. EY).

Din perspectivă psihopatologică, se recunosc următoarele modalităţi ale conştiinţei :

- cîmpul de conştiinţă
- conştiinţa de sine a subiectului :
  - conştiinţa corporalităţii
  - conştiinţa realităţii obiectuale
  - conştiinţa propriei persoane
  - conştiinţa morală.
- *Tulburări ale cîmpului de conştiinţă :*
  - tulburări ale clarităţii cîmpului de conştiinţă :
    - obtuzie
    - hebetudine
    - torpoare
    - obnubilare
    - stupor
    - sopor
    - suspendarea completă a conştiinţei
  - tulburări ale structurii cîmpului de conştiinţă :
    - îngustarea cîmpului conştiinţei
    - starea crepusculară
    - confuzia mintală (stări confuzionale) : onirism, oneiroidia, amenţia.
- *Tulburările conştiinţei de sine :*
  - tulburările conştiinţei corporalităţii (somatognozia) :
    - tulburări de schemă corporală de tip neurologic (sindrom Gerstmann, sindrom Anton-Babinski)
    - tulburări de schemă corporală de natură psihică (cenestopatie, sindrom hipocondriac, sindrom Cotard)
    - desomatizare (dismorfofobia, heautoscopia)
  - tulburările conştiinţei realităţii obiectuale : derealizarea
  - tulburări ale conştiinţei propriei persoane :
    - personalitatea multiplă
    - depersonalizarea
    - sindromul de automatism mintal Kandinski-Clérambault.
- *Tulburările somnului şi visului :*
  - insomniile
  - hipersomniile
  - visul în afecţiunile psihiatrice.

AFECTIVITATEA ŞI TULBURĂRILE EI

Afectivitatea constituie un ansamblu de însuşiri psihice care realizează concordanţa între realitatea externă reflectată şi realitatea internă, subiectivă, conducînd spre realizarea unor trăiri unice şi irepetabile, cu o dinamică personală absolut specifică. Aceste trăiri sînt caracterizate prin :

- nuanţă : pozitivă — plăcută sau negativă — neplăcută (sensul afectivităţii) ;

- o anumită intensitate, care reglează amplitudinea răspunsului comportamental ;
- o anumită stabilitate, care asigură persistența în timp a unei stări de o anumită intensitate, cu un anumit sens.

În funcție de gradul de complexitate și de motivația generatoare, afectivității i se descriu două niveluri :

- afectivitatea bazală (holotimia), generată de motivații înnăscute, apropiate vieții instinctuale, care este supusă controlului voluntar, fără însă ca declanșarea trăirilor să necesite participarea instanțelor conștiinței ;
- afectivitatea elaborată (catatimia — H.W. MAIER), care corespunde emoțiilor secundare (pasiuni, sentimente), formată prin condiționare-învățare, prin opțiuni axiologice, culturale, sociale.

Acestor două niveluri le corespunde următoarea codificare semiologică :

- stări de afect ;
- tulburări ale dispoziției afective :
  - hipotimii :
    - indiferența
    - apatia
    - atimia
  - hipertimii :
    - anxietatea : anxietatea nevrotică, anxietatea psihotică, raptusul anxios, echivalențe somatice ale anxietății
    - depresia : depresia nevrotică, depresia psihotică, depresia mascată, disforia
    - euforia : sindromul maniacal, sindromul hipomaniacal
  - tulburări ale dinamicii dispoziționale :
    - rigiditatea afectivă
    - labilitatea emoțională
- tulburări ale emoțiilor elaborate :
  - paratimiile :
    - inversiunea afectivă
    - ambivalența afectivă
  - fobiile
  - extazul.

Depresie stuporoasă (după O. Bumke)

Manie acută coleroasă (după J. E. Esquirol)

COMPORTAMENTUL INSTINCTUAL ȘI TULBURĂRILE LUI

Instinctele sînt complexe de însușiri înnăscute, avînd ca proprietate fundamentală păstrarea caracteristicilor speciei și asigurarea integrității morfo-funcționale a individului. Ele concretizează trebuințele fiziologice ale individului, declanșînd comportamente specifice pentru satisfacerea acestor trebuințe. Spre deosebire de restul speciilor animale, la om instinctele sînt subordonate instanțelor superioare de control, comportamentul instinctual supunîndu-se proceselor voliționale și acordîndu-se cu comportamentele sociale.

Tulburările comportamentelor instinctuale cuprind :

- *Tulburări ale instinctului alimentar* :
  - exagerarea instinctului alimentar :
    - bulimia
    - polifagia
    - potomania
    - dipsomania
  - anorexia :
    - anorexia mintală
    - anorexia nevrotică
  - aberațiile alimentare :
    - mericism
    - paraorexii : pica, opsomania, coprofagia.
- *Tulburări ale instinctului sexual* :
  - tulburări în realizarea actului sexual :
    - inhibiția sexuală : impotență, frigiditate
    - hipersexualitate : donjuanism, satiriazis, nimfomanie
  - perversiuni sexuale :
    - deformarea actului sexual : sadism, masochism, exhibiționism, voaierism, fetișism
    - deformări ale imaginii partenerului: homosexualitate, pedofilie, gerontofilie, zoofilie, necrofilie, incest.
- *Tulburări ale instinctului de conservare* :
  - conduita suicidară :
    - suicidul
    - tentativa suicidară
    - sindromul presuicidar
    - ideile suicidare
  - conduite pseudosuicidare.
- *Tulburări ale instinctului matern* :
  - exagerarea instinctului matern
  - diminuarea instinctului matern
  - pervertirea instinctului matern :
    - pruncuciderea
    - abandonarea copilului.

PERCEPȚIA ȘI TULBURĂRILE EI :

Activitatea senzorial-perceptuală reprezintă fundamentul procesului cognitiv, prin care se obțin informații asupra realității externe și interne, ea desfășurîndu-se într-o strînsă interdependență cu procesele afective, fapt care le conferă o specificitate individuală.

Realizat prin intermediul senzațiilor și percepțiilor, acest proces efectuează o reflectare directă și unitară.

Senzația apare ca rezultat al transformării excitației înregistrate la nivelul receptorilor în imagine subiectivă, la nivelul analizatorilor corticali, fiind o reflectare a însușirilor izolate.

Percepția reprezintă un plan superior calitativ, apărînd ca rezultat al corelării dinamice a operațiilor de analiză și sinteză a datelor senzoriale.

Tulburările proceselor perceptuale constituie un important capitol de psihopatologie, atît prin frecvența lor în afecțiunile psihotice, cît și prin valoarea diagnostică deosebit de importantă.

Clasificarea lor tradițională în tulburări ale senzațiilor și ale percepțiilor este arbitrară și scolastică, cele două procese neputînd fi, în realitate, considerate separat. Totuși, această clasificare este deocamdată singura cu care se operează.

- *Tulburări ale senzației* :
  - hiperestezia
  - hipoestezia
  - sinestezia
- *Tulburări ale percepției* :
  - agnoziile
  - iluziile :
    - iluzii fiziologice : iluzii optico-geometrice, iluzii prin modificarea mediului perceptual, iluzii prin modificarea condițiilor subiective
    - iluzii patologice : false recunoașteri, false nerecunoașteri, pareidolii, alte iluzii
  - halucinațiile :
    - pseudohalucinații : senzații parazite, halucinații funcționale, halucinații eidetice, halucinații fiziologice
    - halucinații psihosenzoriale : halucinații auditive, gustative și olfactive, vizuale, tactile, corporale, asocieri halucinatorii
    - halucinoza
    - halucinații psihice : halucinații psihice acustico-verbale, vizuale, motorii, asocieri halucinatorii (sindromul de automatism mintal).

ATENȚIA ȘI TULBURĂRILE EI

Școala românească de psihologie definește atenția ca funcție de sinteză prin care se realizează o activare, tonificare, mobilizare, orientarea selectivă și focalizarea proceselor psihocomportamentale, în vederea reflectării optime a realității și a unei intervenții eficiente în cadrul procesului de autoreglare a activității.

Se descriu : o atenție spontană (involuntară), voluntară și postvoluntară.

Tulburările atenției — disprosexiile — se clasifică în :

- hiperprosexie
- hipoprosexie
- aprosexie.

Debilitate mintală (J. B. Régis)

MEMORIA ŞI TULBURĂRILE EI

„Piatra unghiulară a edificiului psihic uman" (SECENOV), memoria realizează stocarea şi destocarea informaţiei, făcînd posibilă utilizarea experienţelor cognitive acumulate. Este procesul psihic care asigură continuitatea şi unitatea existenţei, permiţînd legătura între ceea ce a fost şi ceea ce este, precum şi diferenţierea între real şi imaginar.

Demenţă senilă (după E. Dupré)

Clasic, tulburările de memorie — dismneziile — se clasifică în :

- *Dismnezii cantitative* :
  - hipermnezii :
    - mentism
    - viziune retrospectivă
  - hipomnezii :
    - lapsus
    - anecforie
  - amnezii :
    - anterograde
    - retrograde : localizate, progresive.
- *Dismnezii calitative* (*paramneziile*) :
  - iluzii mnestice :
    - criptomnezia
    - iluzia de recunoaştere (falsa recunoaştere)
    - iluzia de nerecunoaştere (falsa nerecunoaştere)
    - paramnezia de reduplicare
  - alomnezii :
    - pseudoreminiscenţe
    - ecmnezie
    - confabulaţie.

GÎNDIREA ŞI TULBURĂRILE EI

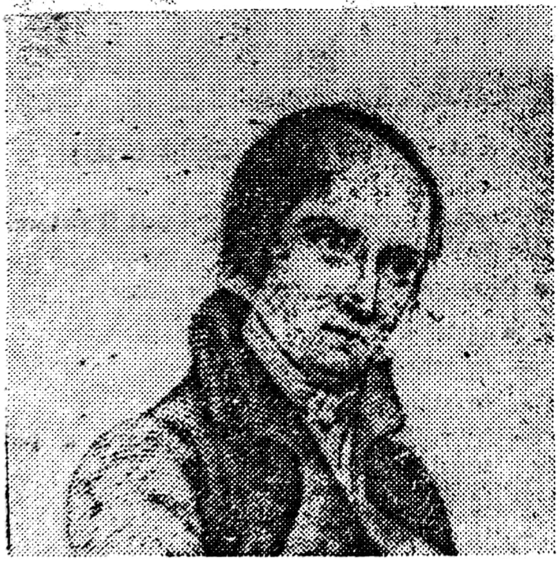
Gîndirea reprezintă procesul caracterizat prin cea mai bună organizare a psihismului, care permite realizarea integrării superioare şi prelucrarea informaţiilor primite din exterior şi interior, ceea ce determină o cunoaştere (indirectă) de nivel superior şi adoptarea unor atitudini prospective şi anticipative. Procesele gîndirii sînt într-o permanentă interrelaţie cu afectivitatea, mnezia, prosexia. Gîndirea realizează nu numai cunoaşterea lumii, ci şi interpretarea şi explicarea acesteia. Ea se concretizează prin operaţii fundamentale (analiza, sinteza, abstractizarea, concretizarea, generalizarea) şi operaţii instrumentale (algoritmică şi euristică). Gîndirea fiecărui individ are un ritm propriu, situat între anumite limite.

Tulburările de gîndire se clasifică în :

- *Tulburări în discursivitatea gîndirii* :
  - tulburări în ritmul gîndirii :
    - accelerare ideativă
    - lentoare ideativă
  - tulburări în fluenţa gîndirii :
    - fading mintal
    - baraj ideativ
    - viscozitate
    - perseverare
    - ruminaţie mintală.
- *Tulburări în productivitatea gîndirii* :
  - cantitative :
    - sărăcirea conţinutului gîndirii
    - mentism

- calitative :
  - — autism
  - — raţionalism morbid
  - — asociaţii anormale : automate superficiale, polarizate, circumstanţiale, insolite, incoerenţă
- anideaţia.

- *Tulburări de ansamblu ale gîndirii :*
  - tulburări în valorizarea judecăţilor şi raţionamentelor :
    - — idei dominante
    - — idei prevalente
    - — idei obsesive : îndoieli obsesive, scrupule obsedante, idei de contrast, manii mintale (onomatomania, aritmomania, arguţii obsesive), amintiri şi reprezentări obsesive, impulsiuni obsesive, sindrom obsesivo-fobic
    - — idei delirante (idei de persecuţie, idei delirante cu conţinut depresiv, idei hipocondriace — sindrom hipocondriac — , idei de gelozie şi erotomanice, idei de filiaţie, idei delirante de invenţie, de reformă şi mistice, idei de grandoare, idei de relaţie şi de influenţă, idei metafizice şi cosmogonice)



Delir de persecuţie (după J. B. Régis)

    - — structurarea delirantă :
      - — deliruri sistematizate (deliruri pasionale şi de revendicare, delirul senzitiv de relaţie, delirul de interpretare)
      - — deliruri nesistematizate (delirurile fantastice sau de imaginaţie, stările delirant-halucinatorii, delirul indus)
  - tulburări operaţionale :
    - — pasagere şi reversibile
    - — permanente : staţionare (nedezvoltarea gîndirii), progresive (sindromul demenţial).
- *Tulburările imaginaţiei :*
  - scăderea imaginaţiei
  - exaltarea imaginaţiei (mitomanie).

VOINŢA ŞI TULBURĂRILE EI

Strîns legată de sistemul motivaţional, voinţa este funcţia psihismului prin care se produce actualizarea şi realizarea intenţiilor, prin organizarea operaţională a acţiunilor şi structurarea decizională.

Tulburările voinţei pot fi codificate semiologic în :

- *Tulburări cu suport motivaţional precis :*
  - hiperbulia :
    - — hiperbulia cu suport motivaţional delirant
    - — hiperbulia electivă
    - — hiperbulia din stările obsesivo-fobice.
- *Tulburări prin pierderea suportului motivaţional :*
  - hipobulia :
    - — cu caracter global
    - — cu caracter electiv
  - abulia
  - impulsivitatea.
- *Tulburări secundare destructurării suportului motivaţional* : parabulia.

COMUNICAREA ŞI TULBURĂRILE EI

Comunicarea interumană — schimbul de informaţii — se realizează, în termenii ciberneticii, prin două canale : cel verbal, specific omului, şi cel nonverbal.

Tulburările comunicării se clasifică în :

- *Tulburări de limbaj :*
- Tulburări ale expresiei verbale :
  - tulburări formale :
    - — debit : hiperactivitate (bavardaj, logoree), hipoactivitate simplă, inactivitate (mutism, mutacism)
    - — ritm : tahifemie, bradifemie, afemie, ritm neregulat
    - — intonaţie : intensitate (mare, mică), coloratură (afectată, manieristă, puerilă, monotonă)
  - tulburări fonetice :
    - — tulburări de articulaţie
    - — tulburări de pronunţie
  - tulburări ale semanticii şi sintaxei :
    - — la nivelul cuvîntului : paralogism, neologism
    - — la nivelul frazei : embololalie, agramatism, paragramatism, elipsă sintactică, onomatomanie

- — la nivelul limbajului : asintaxie, stereotipie, ecolalie, psitacism, glosomanie, verbigeraţie
- — tulburări semantice specifice schizofreniei : schizofazie, glosolalie, pseudoglosolalie, schizoparafazie, schizoparalexie, limbaj incoerent.

- Tulburări ale expresiei grafice :
  - tulburări ale activităţii scrisului :
    - — hiperactivitate
    - — inactivitate
  - tulburări ale morfologiei scrisului :
    - — caligrafice : micrografie, macrografie, stereotipii caligrafice, scris afectat
    - — dispunerea textului în pagină
    - — policromatografie
  - tulburări ale semanticii şi sintaxei :
    - — la nivelul cuvîntului : paragrafism, neografism
    - — la nivel sintactic : embolografie, agramatism, paragramatism, elipsă sintactică, asintaxie, stereotipii, pseudografie, ermetism, grifonaj.
- Afazii :
  - afazie motorie de expresie (expresivă)
  - afazie senzorială de recepţie sau receptivă (Wernicke)
  - afazie mixtă (Broca)
- *Tulburări ale comunicării nonverbale* :
- Ţinută :
  - ţinută dezordonată
  - rafinament vestimentar
  - ţinută excentrică
  - ţinută pervertită :
    - — cisvestitismul
    - — transvestitismul.
- Mimică :
  - hipermimie :
    - — în stări maniacale
    - — în stări depresive
    - — în delirurile expansive
    - — în delirurile de persecuţie
  - hipomimie :
    - — în sindromul catatonic
    - — în stupoarea melancolică
    - — în oligofrenii
  - paramimie.
- Gestică :
  - ticurile : sindromul Gilles de la Tourette
  - manierism
  - bizarerii
  - negativism
  - stereotipii
  - perseverări.

CONDUITA MOTORIE ŞI TULBURĂRILE EI

Pentru realizarea unui scop bine definit, în condiţii de optimizare energetică şi randament maxim, este necesară o succesiune de acte, integritatea efectorilor şi a sistemului motivaţional-voliţional, o capacitate anticipativ-decizională şi claritatea cîmpului de conştiinţă.

Catatonie (după V. Ghiliarovski)

Tulburările conduitei motorii pot fi sistematizate astfel :

- *Dezorganizare a conduitelor motorii* :
  - agitaţie :
    - — în stările confuzionale
    - — în stările maniacale
    - — în tulburările de structurare a personalităţii
    - — în schizofrenie
    - — în epilepsie
  - inhibiţie motorie :
    - — catatonie
    - — sindrom catatonic.
- *Tulburări ale conduitei motorii prin perturbarea controlului voliţional* :
  - impulsivitate
  - impulsiuni
  - raptus
  - fugi.

TABEL CLXXXII

Elemente de semiologie psihiatrică

Grupa tulburărilor	*Expresia semiologică*	*Circumstanţe patologice de apariţie*
1	2	3
SEMIOLOGIA CONŞTIINŢEI *Claritatea şi integrarea cîmpului conştiinţei*	● obtuzie ● hebetudine ● torpoare ● obnubilare ● stupor ● sopor	sindromul psihoorganic acut şi subacut
	● suspendarea completă a conştiinţei	criză epileptică, comă, sincopă, lipotimie
Structura cîmpului de conştiinţă	● îngustarea cîmpului conştiinţei	psihoze, reacţii isterice, intoxicaţii
	● starea crepusculară	epilepsie temporală, beţie patologică, reacţii psihogene (sindrom Ganser, pseudodemenţă isterică)
	● confuzia mintală — onirismul — oneiroidia — starea amentivă	● afecţiuni intracraniene (TCC, epilepsie, encefalopatii carenţiale, afecţiuni meningeale, afecţiuni cerebrale, accidente vasculare cerebrale etc.) ● afecţiuni generale (stări febrile, alcoolism, toxicomanii, intoxicaţii medicamentoase şi profesionale, intoxicaţii alimentare, encefalopatii metabolice, afecţiuni endocrine, stări de şoc, boli sanguine, în cursul evoluţiei bolilor psihice)
Conştiinţa de sine	● sindromul Gerstmann	leziunile emisferului dominant, ariile 19, 39 Brodman
	● sindromul Anton-Babinski	leziunile emisferului minor
	● cenestopatiile	nevroze, psihoze schizofrenice, depresii, ASC, patologia de involuţie
	● sindromul hipocondriac	neurastenie, debutul schizofreniilor, personalităţi psihastenice şi paranoiace, paranoia
	● sindromul Cotard	depresiile de involuţie
	● desomatizarea — dismorfofobia	● izolat la adolescenţi, nevroze obsesivo-fobice, personalitatea psihastenică, debutul schizofreniilor
	— heautoscopia	● perioada hipnagogică, psihastenie, epilepsie temporală, schizofrenie
Conştiinţa realităţii obiectuale	● derealizarea	psihastenie, debutul psihozelor, epilepsie temporală
Conştiinţa propriei persoane	● personalitatea multiplă	psihogenii, personalitatea isterică
	● depersonalizarea	surmenaj, stări hipnagogice şi hipnapompice, reacţii afective, neurastenie, bufeuri delirante, depresii, debutul psihozelor, psihastenie

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
	● sindromul de automatism mintal	psihozele schizofrenice, parafrenie, unele sindroame organice (alcoolism, epilepsie, patologia involuției)
Somnul	● insomniile	surmenaj, neurastenie, nevroze anxioase, episoadele bolii afective bipolare, intoxicații cronice, stări demențiale, ASC
	● hipersomniile	
	— continue	encefalite, boala Gayet-Wernicke, sindromul Korsakov, HIC, boli metabolice
	— paroxistice	sindrom Pickwick, atacul narcoleptic, atacul cataleptic, pseudohipersomnia isterică
	● reducerea viselor	somn indus medicamentos (antidepresive, hipnotice)
	● coșmarul	depresii, schizofrenie, psihoze etilice, nevroze anxioase
	● pavorul nocturn	stări reactive, nevroze anxioase, neurastenie, spasmofilie, crize epileptice psihomotorii
SEMIOLOGIA AFECTIVITĂȚII *Hipotimiile*	● indiferența	oligofrenii, stări confuzionale, demențe, stări defectuale
	● apatia ● atimia	
Hipertimiile	● anxietatea — nevrotică — psihotică — raptusul anxios	reacții de intensitate nevrotică și psihotică, neurastenii, diferite nevroze, stări depresive, psihoze, sindrom de abstinență, debutul psihozelor presenile, demențe
	● depresia — nevrotică — psihotică	depresii somatogene (organice, simptomatice), depresii endogene (schizoafective, bipolare, monopolare, involuționale), depresii psihogene (nevrotice, de epuizare, reactive)
	● disforiile	stări psihopatoide, comițialitate, stări mixte în cadrul psihozelor bipolare, alcoolism
	● euforia — sindrom maniacal — sindrom hipomaniacal	psihoza afectivă bipolară, psihozele de involuție, sifilisul meningovascular, PGP, posttraumatic, psihoze de maternitate, hipertiroidie, intoxicații medicamentoase
Tulburări ale dinamicii dispoziționale	● rigiditatea afectivă	personalități dizarmonice
	● labilitatea emoțională	stări maniacale, oligofrenii, hipertiroidie, debutul demențelor, PGP, personalități dizarmonice
Tulburări ale emoțiilor elaborate	● paratimiile (inversiune și ambivalență afectivă)	schizofrenie, tulburările involuției
	● fobiile	nevroza fobică, personalitatea psihastenică decompensată, psihoze depresive, debutul schizofreniei, involuția
	● extazul	isterie, oligofrenie, deliruri cronice mistice, schizofrenie, epilepsie

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
SEMIOLOGIA COMPORTAMENTULUI INSTINCTUAL		
Exagerarea instinctului alimentar	● bulimia	excitația maniacală, stări anxioase, depresii, tumori diencefalice
	● polifagia	întîrzieri mintale grave, demențe, schizofrenie, tulburări severe de personalitate
	● potomania	dizarmonii de personalitate de tip isteric și borderline
	● dipsomania	epilepsie, psihoză afectivă bipolară, personalități dizarmonice
Anorexia	● mintală	adolescenți cu trăsături particulare de personalitate, debutul schizofreniei
	● nevrotică	isterie, nevroze anxios-hipocondriace, nevroze anxioase
Refuzul alimentar		psihoze depresive, stupor depresiv, stări confuzionale, demențe, schizofrenie, paranoia — „grevă alimentară"
Aberațiile alimentare	● mericism	dizarmonii de personalitate, demențe, oligofrenii
	● pica ● opsomanie ● paraorexiile	stări fiziologice particulare, anxietate
Tulburări în realizarea contactului sexual	● impotența	reacții, nevroze, personalități psihastenice, perverși sexual, alcoolism, depresie, schizofrenie, secundară unor tratamente
	● frigiditatea	reacții, nevroze, stări depresive, structuri dizarmonice de personalitate, schizofrenie
	● hipersexualitatea — donjuanism — satiriazis — nimfomanie	circumstanțe organice, manie, personalități dizarmonice, oligofrenie
Perversiunile sexuale	● deformarea actului sexual — sadism — masochism — exhibiționism — voaierism — fetișism	dizarmonii de personalitate
	● deformarea imaginii partenerului — homosexualitatea — pedofilia — gerontofilia — zoofilia — necrofilia	dizarmonii de personalitate, schizofrenie, oligofrenii, alcoolism, epilepsii, stări borderline
Conduita suicidară	● suicidul ● tentativele suicidare ● sindromul presuicidar ● ideile de sinucidere	depresii, alcoolism, alte toxicomanii, psihoze, dizarmonii de personalitate, nevroze și psihoze reactive, epilepsii

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
Conduita pseudo-suicidară		stări confuzionale, halucinaţii imperative, stări crepusculare, demenţe
Tulburările instinctului matern	● exagerarea	structuri anxioase sau psihastenice
	● diminuarea	dizarmonii de personalitate de tip narcisic
	● pervertirea — infanticidul — abandonul copilului	psihoze puerperale, epilepsii, debilitate mintală, etilism cronic, schizofrenie, stări confuzionale, melancolie delirantă
SEMIOLOGIA PERCEPŢIEI *Hiperestezia*	● polarizată ● generalizată	surmenaj, neurastenii, debutul unor afecţiuni psihotice, hipertiroidie, intoxicaţii
Hipoestezia		stări reactive, depresie, accese paroxistice isterice, oligofrenii, tulburări de vigilitate, schizofrenie
Sinestezia		intoxicaţii ; mescalină, LSD$_{25}$, psilocibina, cocaina
Agnoziile	● tactile — ahilognozia — amorfognozia — asimbolia tactilă ● auditive ● vizuale — agnozia formelor — prosopagnozia — agnozia culorilor ● spaţiale ● asomatognoziile — autotopoagnozia — anozodiaforia — anozognozia — anozomelia — somatoparafrenia	demenţe presenile, alte circumstanţe legate de sindromul psihoorganic cronic
Iluziile	● fiziologice	modificări ale mediului perceptual, ale condiţiilor perceptive sau ale condiţiilor subiective (surmenaj, teamă, adormire)
	● patologice — falsele recunoaşteri — falsele nerecunoaşteri — pareidoliile — alte iluzii (macro-, micro-, teleopsii parosmii, paropsii, iluzii auditive)	tulburări funcţionale, leziuni ale analizatorilor sindroame febrile, stări confuzionale, stări onirice, nevroze obsesivo-fobice şi isterice, debutul psihozelor, stări depresive
Halucinaţiile	● psihosenzoriale — auditive elementare şi comune	patologie otică, boli neurologice, epilepsie, psihoze
	— acustico-verbale	schizofrenie, sindroame paranoide, stări depresive, parafrenie, psihoze alcoolice cronice

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
	— vizuale	afecţiuni oftalmologice, neurologice, tumori/leziuni ale lobului occipital, epilepsie, stări confuzionale, schizofrenie paranoidă, parafrenie (rar)
	— olfactive şi gustative	crizele uncinate din epilepsia temporală, psihoze afective, delirium tremens, sindroame paranoide
	— tactile	intoxicaţii cu cocaină, haşiş, LSD, psihoze alcoolice acute şi subacute, psihoze de involuţie
	— corporale	deliruri hipocondriace, schizofrenii paranoide, psihoze de involuţie, sindrom Cotard
	● halucinozele — halucinoza pedunculară (Lhermitte)	leziuni neurologice ale analizatorilor, epilepsie (crize psihosenzoriale), leziuni la nivelul calotei pedunculare
	— heautoscopia	
	● halucinaţiile psihice (pseudohalucinaţiile) — acustico-verbale — vizuale — motorii	psihoze halucinatorii cronice
SEMIOLOGIA ATENŢIEI *Tulburările atenţiei*	● hiperprosexia	intoxicaţii uşoare cu alcool sau cofeină, nevroză obsesivo-fobică, neurastenie cenestopată, personalităţi psihastenice, paranoiace, hipertime, manie, psihoze paranoiace
	● hipoprosexia	oboseală, surmenaj, anxietate, depresie, personalităţi instabile, accesul maniacal, debutul demenţelor, sindroame psihoorganice
	● aprosexia	stări confuzionale, sindromul catatonic, demenţe, oligofrenii
SEMIOLOGIA MEMORIEI *Dismnezii cantitative*	● hipermneziile — mentism — viziunea retrospectivă	dizarmonia de tip paranoiac şi paranoia, oligofrenii, debutul demenţei luetice, nevrozele isterice şi obsesive, sindromul hipermnezic emoţional paroxistic tardiv, intoxicaţii uşoare (cu eter, cloroform, barbiturice), epilepsii
	● hipomneziile — lapsusul — anecforia	nevroze, oligofrenie, sindroame psihoorganice, oboseală, surmenaj, debutul demenţelor
	● amneziile anterograde	stări nevrotice, reacţii psihogene, sindrom Korsakov, stări de confuzie mintală, PMD, presbiofrenie
	● amneziile retrograde — lacunare — retroanterograde	demenţe, afazie Wernicke, sindromul Korsakov, post-paroxistice, posttraumatice, nevroze

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
Dismnezii calitative (Paramnezii)	● iluziile mnezice	
	— criptomnezia	schizofrenie, deliruri sistematizate, demenţe traumatice, stadiile evolutive ale demenţelor senile şi vasculare
	— falsa recunoaştere	surmenaj, obnubilare, episoade maniacale, sindrom hipomaniacal preinvolutiv şi involutiv, schizofrenii, sindrom Korsakov
	— falsa nerecunoaştere	psihastenii, sindroame psihoorganice
	— paramnezii de reduplicare	demenţe presenile
	● alomneziile	
	— pseudoreminiscenţele	sindrom Korsakov
	— ecmnezia	isterie, criza uncinată, demenţa senilă, confuzia mintală
	— confabulaţiile	sindromul Korsakov, confuzia mintală, oligofrenie, acces maniacal
SEMIOLOGIA GÎNDIRII		
Tulburări în ritmul gîndirii	● accelerarea ritmului	accesul maniacal, intoxicaţii uşoare (cofeină, nicotină, amfetamine, cannabis, stări de ebrietate), debut PGP, oboseală accentuată
	● lentoarea ideativă	oligofrenii, stări demenţiale, depresii, schizofrenie, boala Parkinson, epuizare fizică şi intelectuală
Tulburări în fluenţa gîndirii	● fadingul mintal	schizofrenie, depresii atipice
	● barajul ideativ	schizofrenie
	● vîscozitate	confuzia mintală, schizofrenie
	● perseverarea	epilepsie, oligofrenii, demenţe, ASC
	● ruminaţia mintală	neurastenii, nevroză obsesivo-fobică, psihastenie
Tulburări cantitative ale gîndirii	● sărăcia gîndirii	surmenaj, stări confuzionale, schizofrenie, depresie
	● mentismul	anxietate, intoxicaţii cu cofeină, nicotină, psihotrope, alcool, debutul schizofreniei
Tulburări calitative ale gîndirii	● autismul	
	● raţionalismul morbid	schizofrenie
	● asociaţii anormale	
	— automate superficiale	schizofrenie, oligofrenii, demenţe, stări maniacale, psihoze delirante
	— polarizate	
	— circumstanţiale	
	— insolite	
	● incoerenţa	confuzia mintală, demenţe, oligofrenii
	● anideaţia	sindromul psihoorganic
Tulburări în valorizarea judecăţilor	● idei dominante	reacţii, surmenaj, alcoolism
	● idei prevalente	reacţii psihotice, etilism cronic, psihoze afective, epilepsii, paranoia, debutul schizofreniei

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
	● idei obsesive — îndoieli obsesive — scrupule obsedante — idei de contrast — manii mintale — reprezentări obsesive — impulsiuni obsesive — sindromul obsesivo-fobic	personalităţi psihastenice, schizofrenie, nevroză obsesivo-fobică, debutul depresiilor majore
	● idei delirante	
	— de persecuţie	reacţii paranoide, schizofrenie, paranoia, psihoze delirante de involuţie
	— cu conţinut depresiv	depresii, schizofrenie
	— hipocondriace	schizofrenie, psihoze preinvolutive şi de involuţie, depresii, psihoze delirante cronice, PGP, demenţe
	— de gelozie şi erotomatice	paranoia, schizofrenii, alcoolism, psihoze de involuţie
	— filiaţie	paranoia, schizofrenii paranoide
	— invenţie, reforme mistice	parafrenie, episoade maniacale (pasager)
	— grandoare	schizofrenii paranoide, stări maniacale, bufeuri delirante, alcoolism, paranoia, dezvoltări de tip kretschmerian
	— influenţă	sindromul de automatism mintal
	— metafizice şi cosmogonice	schizofrenie paranoidă, parafrenie
	● structurarea delirantă — deliruri sistematizate — deliruri pasionale şi de revendicare — delirul senzitiv de relaţie — delirul de interpretare — deliruri fantastice — delirul indus	schizofrenia, deliruri halucinatorii cronice, paranoia, psihoze involutive
Tulburări operaţionale	● pasagere şi reversibile	stări reactive, surmenaj, TCC, intoxicaţii, confuzie mintală
	● nedezvoltarea gîndirii	întîrzieri mintale de diferite grade : debilitate mintală, imbecilitate, idioţie
	● sindromul demenţial	cauze degenerative, vasculare, afecţiuni neurologice cronice, tulburări metabolice, stări postanoxice, postinfecţioase, posttraumatice, ASC
Tulburările imaginaţiei	● scăderea forţei imaginative	oligofrenii, epilepsii, demenţe, stări confuzionale, stări depresive
	● exaltarea imaginaţiei	intoxicaţii uşoare, stări maniacale, parafrenii, schizofrenie paranoidă
	● mitomanie	personalităţi dizarmonice de tip isteric, borderline, debili mintal

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
SEMIOLOGIA VOINŢEI		
Tulburări cu suport motivaţional precis	● hiperbulia delirantă ● hiperbulia electivă	psihoze paranoiace, psihoze schizofrenice toxicomanii
Tulburări prin pierderea suportului motivaţional sau prin destructurarea acestuia	● hipobulia	personalităţi dizarmonice astenice, psihastenice, instabile, nevroze, cerebrastenie posttraumatică, oligofrenii, demenţe, sindroame psihoorganice
	● abulia	depresii grave, schizofrenii, oligofrenii severe, demenţe avansate
	● impulsivitatea	personalităţi dizarmonice, reacţii nevrotice şi psihotice (raptus), oligofrenii, stări psihopatoide, senilitate
	● parabulia	schizofrenie, nevroze motorii
SEMIOLOGIA COMUNICĂRII VERBALE (LIMBAJUL)		
Tulburările debitului verbal	● hiperactivitatea	
	— simplă (bavardaj)	personalităţi paranoiace, stări de excitaţie,
	— logoree	paranoia, manie
	● hipoactivitatea	psihastenie
	● inactivitatea	
	— mutismul	stupoare reactivă, nevroza obsesivă, catatonie, isterie, sindroame paranoide, melancolie, stările confuzionale, demenţă
	— mutacismul	manie, stări delirante, personalităţi pitiatice şi schizoide, oligofrenie, demenţe, simulaţie
Tulburările de ritm	● tahifemie	insomnie, agitaţie
	● bradifemie	depresie, demenţe, oligofrenie, epilepsie
	● afemie	
Tulburările fonetice	● dizartrii	afecţiuni neurologice (boala Parkinson, boala Wilson, coree, PGP), boli psihice (isterie, nevroze mixte, schizofrenie, demenţe), alcoolism
Tulburările morfosintaxice	● paralogismul ● neologismul ● embololalia ● agramatismul ● paragramatismul ● onomatomania ● asintaxia ● stereotipii verbale ● ecolalia ● glosomania ● verbigeraţia	schizofrenie, deliruri cronice, confuzia onirică, afazii, parafazii, jargonofazia, demenţa senilă, presbiofrenia
Tulburări semantice	● schizofazia ● glosolalia ● pseudoglosolalia ● schizoparafazia ● schizoparalexia	schizofrenia

TABEL CLXXXII (continuare)

1	2	3
Tulburările expresiei grafice	● graforee	manie, schizofrenie, deliruri cronice, dizarmonii
	● intoxicaţia cu cuvint	hebefrenie, demenţă
	● refuzul scrisului	schizofrenie, paranoia, simulaţie
	● policromatografie	hipertimie, manie, schizofrenie
	● neografismul ● paragrafismul ● schizografia ● pseudografia	schizofrenia
	● grifonajul	demenţe, oligofrenii
Afaziile	● expresivă ● receptivă ● mixtă	demenţa Pick, boala Alzheimer
SEMIOLOGIA COMUNICĂRII NONVERBALE		
Ţinuta	● dezordonată	oligofrenii, demenţe, manie, schizofrenie
	● rafinamente vestimentare	isterie, homosexualitate, schizofrenie
	● excentrică	schizofrenie, deliruri expansive, stări maniacale
	● pervertită	
	— cisvestitismul	dizarmonii de personalitate, manie, schizofrenie
	— transvestitismul	homosexualitatea
Mimica	● hipermimiile	manie, depresie, deliruri expansive
	● hipomimiile	catatonie, oligofrenie, impregnare neuroleptică, stupor melancolic
	● paramimiile	schizofrenie
Gestică	● ticurile	nevroze motorii, nevroze anxioase, nevroze obsesive, sindromul Gilles de la Tourette
	● manierismul	simulaţie, schizofrenie, isterie, deliranţi cronici
	● bizarerii gestuale	schizofrenie, deliruri cronice
	● negativismul	schizofrenie, întîrzieri mintale, stări confuzionale, depresie
	● stereotipiile	schizofrenii (hebefrenică, catatonică), oligofrenii grave, demenţe, afecţiuni neurologice cronice
	● perseverările	stări demenţiale, oligofrenii severe, schizofrenia hebefrenică
SEMIOLOGIA CONDUITEI MOTORII		
Dezorganizarea conduitei motorii	● agitaţia	stări confuzionale, stări deficitare (demenţe, oligofrenie), dizarmonii de personalitate (tip instabil, exploziv, isteric), manie, schizofrenie
	● inhibiţia motorie	stări deficitare, depresii, schizofrenii, impregnare NL

TABEL CLXXXII (continuare)

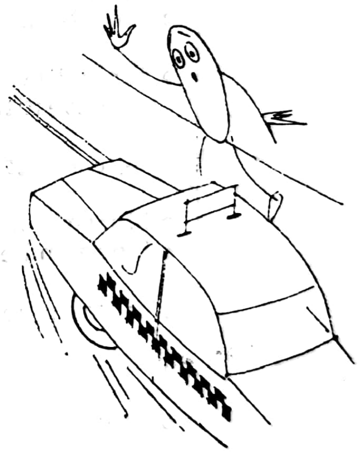
1	2	3
	● catatonie	stări toxico-septice, encefalite acute și subacute, sifilis cerebral, PGP, intoxicații, tumori cerebrale, schizofrenie, depresii psihotice
Tulburări prin perturbarea controlului voliţional	● impulsiuni	structuri dizarmonice de personalitate, stări psihopatoide, stări deficitare, epilepsie
	● raptusul	depresii inhibate, schizofrenie catatonică, epilepsie, alcoolism
	● fugile	reacții, epilepsie, TCC, toxicomanii, schizofrenie

266. **SEMIOTICĂ** (cf. gr. *semeiotike*, de la *semeion* „semn") ● Disciplină care studiază semnul în general, integrînd rezultatele investigațiilor ce abordează utilizarea unor sisteme particulare de semne (logică, lingvistică, antropologie culturală, psihanaliză, estetică etc.). Situîndu-se la un nivel de maximă generalitate, semiotica are în vedere atît considerabila diversitate a semnelor utilizate de oameni (în gîndire, comunicare, acțiune), cît și întrebuințarea semnelor în comportamentul animal sau în funcționarea mașinilor automate — fie integrate în sisteme operaționale (natural constituite sau artificiale), fie nearticulate în structuri de invarianți ai procesului de semioză. Între problemele principale ale analizei semiotice se numără producerea, utilizarea adecvată sau falsificarea semnelor, tipologia acestora, regulile de constituire a sistemelor de semne și modalitățile de transpunere a unor sisteme de semne în altele etc. În configurarea acestui domeniu interdisciplinar, contribuții esențiale au adus C. S. PEIRCE, F. de SAUSSURE, Ch. W. MORRIS, E. CASSIRER, R. JAKOBSON, J. M. LOTMAN ș.a. Ch. W. MORRIS distinge trei dimensiuni ale semiozei :

- semantica — domeniu al raporturilor dintre semne și obiectele pe care le desemnează ;
- sintaxa — domeniu al raporturilor dintre semne ;
- pragmatica — domeniu al raporturilor dintre semne și cei care le utilizează.

267. **SEMM$^{(M)}$** Columbia — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SENSAVAL$^{(M)}$ Suedia.

268. **SEMN** (cf. lat. *signum* „semn") ● Obiect sau eveniment asociat cu o semnificație ; ceva este semn atunci cînd indică altceva, pe baza unei relații stabile de asociere. Studiate de semiotică, semnele pot fi grupate în diverse clase : naturale sau convenționale, constante sau variabile, ideografice sau alfabetice etc. După gradul de independență a propriei semnificații față de raporturile cu alte semne, semnele se clasifică în :



- semne cu semnificație total independentă (de exemplu, *om*, *casă*, *atom*, *gravitație*, *impar* etc.) ;
- semne cu semnificație parțial dependentă de context, deci de relațiile cu alte semne (de exemplu, variabilele în diferitele calcule logice) ;
- semne auxiliare, care nu au semnificație decît în context, avînd funcția de a preciza semnificațiile altor semne (de exemplu, conjuncțiile/operatorii logici *nu*, *sau*, *și* etc. sau semnele de punctuație).

Obiectul care îndeplinește funcția de semn este denotatul, iar obiectul, fenomenul, conceptul etc. desemnat este sensul (înțelesul) semnului.

În structura oricărui semn, F. de SAUSSURE distinge între semnificant (purtătorul „material" al semnificației, obiectul sau evenimentul care trimite dincolo de sine însuși, la altceva cu care stă într-un raport de asociere relativ stabilă) și semnificat (conținutul eidetic al semnului, conceptul sau reprezentarea cu care se asociază semnificantul). Definită mai întîi în lingvistică, opoziția dintre semnificat și semnificant s-a dovedit operantă și în alte domenii : teoria literaturii, poetică, sociologie, etnologie etc.

Semnele limbajelor naturale (cuvintele) sînt polisemantice (au o pluralitate de semnificații, care se precizează contextual) ; pentru evitarea ambiguității, semnificația semnelor utilizate în limbajele formalizate este univoc definită (fiecare semn este asociat cu o singură semnificație).

Semnul ca simbol dispune de un sens și de o semnificație și este produsul unei operații sau al unui proces. Semnul ca atare indică ceva. El poate avea una sau mai multe semnificații, în funcție de originea lucrului indicat ; poate avea unul sau mai multe sensuri, în funcție de context. În cazul semnului-simbol, rezultat al unui proces, semnificațiile se complică și se ierarhizează pe diverse niveluri de profunzime, aceste semnificații stabilindu-se în funcție de proces și de explicațiile cauzale referitoare la proces sau la manifestare.

269. SEMN — sens medical (cf. lat. *signum*) — sin. SIMPTOM ● Expresie a modificărilor de ordin anatomo- sau fiziopatologic care pot apărea ca urmare a unui proces (boală), a unei agresiuni (accident) sau a unei reacții, manifestîndu-se în funcție de structura terenului pe care se produc aceste modificări (somatic) și avînd tonalități diferite, în funcție de personalitatea individuală. Este și expresie a patologiei transculturale, în măsura în care „stilul de boală este ca și stilul de viață, o expresie a nivelului cultural și al obiceiurilor unor colectivități" (H. WARNES, E. WILTKOWE). În esență, este manifestarea unui fenomen care permite să se presupună sau să se precizeze natura acestuia, cu alte cuvinte intră ca factor decisiv în elaborarea diagnosticului medical.

Pornind de la distincția pe care F. de SAUSSURE o face între semnificant și semnificat în structura oricărui semn, ajungem la noțiunea de informație de care se leagă semnificatul. Acesta se referă la aspectul calitativ al informației. Dar nici semnificație nu poate exista fără a fi transmisă de o anumită informație (tot așa cum informație nu există dacă nu este transmisă de o substanță sau energie). Informația este o formă de existență a materiei, reflectă un aspect particular al realității. Ea reprezintă modul în care sînt distribuite, în timp și spațiu, substanța și energia (V. M. GLUȘCOV), devenind expresia noutății pe care o poate revela o reorganizare. Este evident că informația este cu atît mai mare, cu cît probabilitatea apariției unui eveniment este mai mică. În procesul de elaborare a diagnosticului, informația pe care semnul o aduce medicului depinde așadar de probabilitatea lui de apariție. Dar indiferent de cantitatea de informație, aceasta nu este în sine o indicație diagnostică suficientă. Ea poate fi un simplu stimul, care nu semnifică nimic. Pentru a căpăta funcție de semn, ea trebuie să fie valorificată prin semnificant (să capete o semnificație care să sugereze o afecțiune sau un grup de afecțiuni). Astfel, între informație și decizia de diagnostic se interpune semnul, activitatea de diagnosticare fiind alcătuită din procese succesive informațional-semantico-decizionale. S. MARCUS arată că, în afara unui sistem de semne, informația nu există, ea supunîndu-se unei condiționări semiotice. Semiotica distinge trei aspecte : semnul sau reprezentanemul (G. DELEDALLE), cel care înlocuiește sau reprezintă un obiect ; obiectul sau fenomenul înlocuit ori reprezentat de semn (boala) și interpretantul, ceea ce este produs în interpret în urma acțiunii semnului (diagnosticul).

În cursul elaborării diagnosticului, medicul primește de la bolnav o cantitate mare de informații, dintre care numai unele au importanță diagnostică. O parte din informații reflectă normalitate anatomică și/sau fiziologică. Aceste semne denumite redundante capătă valoare în măsura în care exclud anumite afecțiuni. Nu toate semnele care oferă o cantitate sporită de informație au și valoare diagnostică mare, deoarece pot fi comune mai multor boli. Ele trebuie să confere calitate informației, prin procesul de semnificare. Sînt și semne ce conțin multă informație, dar „îmbunătățită calitativ" cu semnificație. Este cazul acelor semne cu probabilitate minimă de apariție, care devin patognomonice într-o afecțiune. De asemenea, relevanța diagnostică a unor semne va crește în măsura în care acestea se abat mai mult de la normal.

Dificultatea elaborării unui diagnostic constă în faptul că, pe de o parte, există prea puține semne patognomonice, iar pe de altă parte, nu se creează întotdeauna de la început relația medic-pacient, care să-l dirijeze pe acesta din urmă în sensul expunerii în totalitate și în mod ordonat a semnelor. Medicului îi revine, în consecință, sarcina de a le clarifica, decodifica, clasifica, interpreta și analiza. Într-o primă etapă, el va stabili grupele de afecțiuni în care se pot încadra semnele respective, apoi va urmări să restrîngă aria acestor boli pînă la stabilirea unui diagnostic de probabilitate, care se cere confirmat (sau infirmat) în etapele ulterioare. El va desfășura astfel toate procesele informațional-semantico-decizionale, în a căror succesiune rezultatele deciziilor anterioare devin premisele demersurilor viitoare (G. CRISTIAN).

Cea mai simplistă schemă de clasificare, din păcate și cea mai des utilizată, distinge între semne obiective și subiective. Considerarea semnelor obiective drept semne de primă importanță și trecerea automată pe locul secund a celor subiective este o greșeală cu atît mai frecvent întîlnită, cu cît experiența medicului este mai redusă.

Nu trebuie omis faptul că pînă și în cele mai „obiective" drame medicale — de exemplu, infarctul miocardic sau abdomenul acut — debutul și aducerea consecutivă a bolnavului la medic se realizează printr-un semn cît se poate de „subiectiv" : DUREREA ; de la durere se pornește și cu ajutorul semnelor, de această dată obiective, se elaborează diagnosticul. Există chiar specialități în care adresabilitatea, în peste 80% din cazuri, este tributară aceluiași semn subiectiv (de exemplu, stomatologia).

Cu toată relativitatea, ambiguitatea și „subiectivitatea" lor, semnele subiective sînt cele care, în majoritatea cazurilor, determină pacientul să se adreseze medicului (I. HAȚIEGANU, 1955) și în același timp reprezintă primele manifestări ale bolii (Mc. WHINNCY, 1964) ; observațiile se referă la boala somatică, în psihiatrie ele căpătînd cu totul alte dimensiuni.

Ar fi greu de obiectivat (de altfel, numai diletanții ar putea încerca) insomnia sau anxietatea, depresia sau euforia, disociația sau dezorientarea ; în fine, „banala" cefalee rămîne neobiectivabilă în peste 90% din cazuri, cu toate progresele din domeniul mijloacelor de investigare a „cutiei negre" umane. Astenia nu se obiectivează, la fel ca și senzația de greață ; parestezia, ca și vertijul nu au în toate cazurile un suport obiectivabil, dar aceasta nu înseamnă că ele nu există. A nu fi capabili să găsim o cauză, din motive „obiective" sau „subiective", nu înseamnă să negăm existența efectului. Desigur nu trebuie să omitem nici faptul că expresia simptomatologiei așa-zis „subiective" depinde de tipul de personalitate, de gradul de instrucțiune, de capacitatea de exprimare și chiar de existența riscului de exagerare. Toate acestea însă nu ne conferă dreptul să nu acordăm importanța cuvenită semnelor subiective.

● În viziunea psihanaliștilor, semnul/simptomul capătă o rezonanță aparte, el pretindu-se — după S. BORELLI (1971), N. WEINTRAUB (1978), M. EISNER (1980), citați de A. RESTIAN (1988) — la o veritabilă interpretare simbolică. Astfel, „diareea ar fi (...) un semn al fricii, iar constipația un semn al faptului că bolnavul trăiește într-un mediu puțin adaptat personalității sale ; hipertensiunea arterială ar fi semnul unei agresivități reprimate, ulcerosul ar fi devorat de ambiții nerealizate, astmul ar fi un plîns înăbușit ; pitiriazisul ar fi un semn de rușine, pruritul ar fi expresia unei aversiuni față de anturaj, pruritul genital ar fi expresia unor dificultăți sexuale, cel anal — a unor tendințe homosexuale, acneea ar fi expresia culpabilității ; cervicalgiile ar fi expresia unei afirmări dificile, dorsalgiile — a tristeții și lipsei de curaj, lombalgiile — a unor tulburări sexuale, iar brahialgiile ar fi expresia unei agresivități reprimate". Opinii discutabile dar nu lipsite de interes în ceea ce privește evidențierea semnului care, fie el funcțional sau organic, reprezintă un grad de suferință, deci o informație care, în context și corelată cu alte informații, capătă dimensiunea de prim indicator în elaborarea diagnosticului.

● În viziunea psihosomaticienilor, semnul/simptomul este un element al unui limbaj mai rudimentar decît cuvîntul, un „limbaj al organelor" (ALEXANDER, EISNER). Prin aceasta, semnul/simptomul încetează de a mai fi un simplu factor de rezonanță al suferinței somatice, pentru a deveni „un mijloc de comunicare cu lumea", în condițiile în care subiectul este incapabil să exprime verbal stările afective pe care le trăiește (incapacitate pe care P. E. SIFNEOS, citat ce A. RESTIAN, o numește alexitimie).

Prezentăm o parte din semnele utilizate în lungul drum de la semn/simptom pînă la diagnostic ($\xrightarrow{\text{sin.}}$ SINDROM) :

ABADIE^{s} *semn* — insensibilitatea tendonului ahilian — Vol. I ; A. 3 ; p. 9.

ABELY^{s} *semn* — semnul oglinzii — Vol. I ; A. 17 ; p. 14.

ACARIE^{s} *semn* — sin. ACARIE$^{(s)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ASTVATATUROV$^{(s)}$ sindrom — Vol. I ; A. 1144 ; p. 315.

AMAT^{s} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BENOIT-AMAT$^{(s)}$ sindrom — Vol. I ; B. 148 ; p. 393;

ANTON^{s} *semne* — trei semne referitoare la somatognozie — Vol. I ; A. 881 ; p. 240.

ASCHAFFENBURG^{s} *semn* — halucinații auditive la telefon — Vol I ; A. 1073 ; p. 293.

AUTOMATISM MINTAL PSIHOGENIC^{s} *semn* — sin. ACȚIUNE EXTERIOARĂ$^{(s)}$ sindrom — Vol. I; A. 1295; p. 347.

BABINSKI^{s} *semne* — zece semne în dialogul organic/funcțional — Vol. I ; B. 5 ; p. 366.

BAILLARGER^{s} *semn* — inegalitate pupilară (1877) — Vol. I; B. 19 ; p. 368.

BALCON^{s} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FEREY^{s} semn — Vol. II ; F. 123 ; p. 187.

BALINSKI^{s} *semn* — areactivitate pupilară (1858) — Vol. I; B. 29 ; p. 370.

BASCINA^{s} *semn* — anxietate, negativism, teamă de părinți — Vol. I ; B. 81 ; p. 381.

BATTLE^{s} *semn* — traumatisme craniene, diagnostic diferențial — Vol. I ; B. 91 ; p. 383.

BECHTEREV-MENDEL^{s} *semn* — reflex cuboidodigital/dorsocubital — Vol. I ; B. 108 ; p. 387.

BECHTEREV^{s} *semn* — parasimbolie ± afazie senzorială — Vol. I ; B. 109 ; p. 387.

BELL^{s} *semn* — paralizie facială, diagnostic diferențial — Vol. I ; B. 125 ; p. 390.

BERNSTEIN^{s} *semn* — diferențierea simulației de catatonie — Vol. I ; B. 181 ; p. 400.

270. **BEUDOLT**^{s} **simptom** ● Pipăire involuntară a conturului obiectelor care intră în raza privirii bolnavului, întîlnită la schizofreni. Simptomul pare să fie un echivalent motor al denominației (Nennen) descrisă de SOMMER, în care bolnavii enumeră tot ceea ce văd.

BIERNACKI^{s} *semn* — anestezie în lues cerebral — Vol. I ; B. 226 ; p. 413.

BIKELE^{s} *semn* — variantă a semnului Kernig — Vol. I; B. 231 ; p. 413.

BLEULER^{s} *semn* — halucinație vizuală complexă — Vol. I ; B. 310 ; p. 432.

BODAMER^{s} *semn* — sin. PROSOPAGNOZIE — Vol. I; B. 338 ; p. 441.

BOLLACK^{s} *semn* — evidențierea stazei pupilare — Vol. I ; B. 350 ; p. 446.

271. **BOMBOANĂ**^{s} **semn** ● Constă în mișcări și mimică ce sugerează suptul unei bomboane. Clasic, era considerat specific pentru paralizia generală progresivă. Se semnalează și în unele cazuri de nevroză.

BRISSAUD^{s} *semn* — semn plantar în sindromul piramidal — Vol. I ; B. 452 ; p. 465.

BRISSAUD-MARIE^{s} *semn* — tic bucolingual — Vol. I ; B. 454 ; p. 465.

BRUDZINSKI^{s} *semn* — semnele sindromului meningeal — Vol. I ; B. 478 ; p. 468.

BRUNS^{s} *semn* — tulburări de echilibru, diagnosticul tumorilor — Vol. I ; B. 479 ; p. 469.

BRZEZICKI^{s} *semn* — sin. PARAGNOMENUL BRZEZICKI — Vol. I ; B. 485 ; p. 470.

BULDOG^{s} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ IANISEVSKI^{s} semn — Vol. II ; I. 1 ; p. 394.

BUMKE^{s} *semn* — absența midriazei la emoții — Vol. I ; B. 506 ; p. 474.

CHADDOK^{s} *semn* — varianta BABINSKI^{s} semn — Vol. I ; C. 260 ; p. 535.

CHARCOT^{s} *semn* — cefalee „în cască" (CHARCOT) — Vol. I ; C. 265 ; p. 537.

CHASLIN^{s} *semn* — sin. CATAFAZIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VERBIGERAȚIE — Vol. IV ; V. 82 ; p. 537.

CHVOSTEK^{s} *semn* — hiperexcitabilitate în hipocalcemie — Vol. I ; C. 330 ; p. 546.

CORTINA^{s} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VERNET^{s} semn — Vol. IV ; V. 91 ; p. 720.

CUNN^{s} *semn* → BENOIT-AMAT$^{(s)}$ sindrom — Vol. I ; B. 148 ; p. 393.

EXOLEXIE^{s} *semn* — citire fotografică (OSIPOV, 1908) — Vol. II ; E. 504 ; p. 138.

FACIAL^{s} *semn* — sin. SCHULTZE^{s} semn ; WEISS$^{(s)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CHVOSTEK^{s} semn — Vol. I ; C. 330 ; p. 546.

FEREY^{s} *semn* — sin. BALCON^{s} semn — Vol. II ; F. 123 ; p. 187.

FIEDLER^{s} *semn* — euforie toxicomanică la morfină (1875) — Vol. II ; F. 140 ; p. 190.

FLAPPING TREMOR^{s} *semn* — formă particulară de diskinezie extrapiramidală — Vol. II ; F. 176 ; p. 197.

FOTOFOBIE^{s} *semn* — intoleranță la lumină (nu este o fobie) — Vol. II ; F. 260 ; p. 220.

FOTOGRAFIE^{s} *semn* — atitudine ostilă față de fotografiere (1973) — Vol. II ; F. 262 ; p. 220.

FRANKL^{s} *semn* — în paramimia schizofrenă (1935) — Vol. II ; F. 270 ; p. 221.

272. **„GENE"^{s} semn ●** Mișcare a pleoapelor, provocată de atingerea genelor, în cazul unor pierderi de cunoștință de natură funcțională. În patologia organică (criză apoplectică, fractură craniană sau alt traumatism sever, comă metabolică), semnul este absent.

GERHARD^{s} *semn* — paralizia corzilor vocale (1863) — Vol. II ; G. 89 ; p. 260.

GLAZOV^{s} *semn* — percepție repetată obsedant (1946) — Vol. II ; G. 147 ; p. 271.

GOGH (van GOGH)^{s} *semn* — tentație la autooperare — Vol. II ; G. 175 ; p. 274.

GOWERS^{s} *semn* — semn ocular în PGP — Vol. II ; G. 182 ; p. 275.

GRAEFE^{s} *semn* — mioză în absența stimulului luminos (1856) — Vol. II ; G. 187 ; p. 276.

GRZYWO-DABROWSKI^{s} *semn* — pseudohalucinație hipnagogică — Vol. II ; G. 238 ; p. 290.

GUYE^{s} *semn* — apraxie particulară — Vol. II ; G. 263 ; p. 294.

HAENIL^{s} *semn* — în tabes cu localizare înaltă (1874) — Vol. II ; H. 10 ; p. 296.

HALLOPEAU^{s} — *semn* — sin. AUTODEPILAȚIE PATOLOGICĂ ; TRICOTILOMANIE — Vol. II ; H. 23 ; p. 298.

HANZALOW^{s} *semn* — mic semn al hemiparezei — Vol. II ; H. 56 ; p. 310.

HEAD-HOLMES^{s} *semn* — parte componentă a sindromului talamic — Vol. II ; H. 82 ; p. 314.

HIPERMETRIE^{s} *semn* — parte componentă a sindromului cerebelos — Vol. II ; H. 235 ; p. 339.

HIPERPATIE^{s} — *semn* — sin. DURERE TALAMICĂ — Vol. II ; H. 243 ; p. 341.

HIPERTELORISM FAMILIAL^{s} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GREIG$^{(s)}$ sindrom — Vol. II ; G. 217 ; p. 284.

HIPPUS^{s} *semn* — „dansul pupilei" (mioză/midriază) — Vol. II ; H. 340 ; p. 377.

IANISEVSKI^{s} *semn* — sin. SIMPTOMUL BULDOGULUI — Vol. II ; I. 1 ; p. 394.

JANET^{s} *semn* — „anestezie de examinare" — Vol. II ; J. 20 ; p. 978.

JASKIN^{s} *semn* — derealizare în debutul de PMD — Vol. II ; J. 28 ; p. 979.

JOFFROY^{s} *semn* — erori grosolane de calcul elementar — Vol. II ; J. 46 ; p. 983.

JOZ-STERLING^{s} *semn* — excitabilitate nervoasă — Vol. II ; J. 52 ; p. 984.

KAGAN^{s} *semn* — atonie mimică la copil (1976) — Vol. II ; K. 2 ; p. 988.

KANDINSKI^{s} *semn* — în debutul schizofreniei — Vol. II ; K. 17 ; p. 990.

KEHRER^{s} *semn* — în hipertensiunea intracraniană — Vol. II ; K. 37 ; p. 994.

KEPINSKI^{s} *semn* — „teoria cercului magic" — Vol. II ; K. 46 ; p. 995.

KERNIG^{s} *semn* — semn meningeal — Vol. II ; K. 50 ; p. 995.

KLEIN^{s} *semn* — perturbarea sensibilității discriminative — Vol. II ; K. 82 ; p. 1 000.

KLEIST^{s} *semn* — în sindromul lobului frontal — Vol. II ; K. 86 ; p. 1 001.

KLIGMAN^{s} *semn* — corelație negativă etiologică — Vol. II ; K. 89 ; p. 1 001.

KNIES^{s} *semn* — asimetrie pupilară în Basedow$^{(B)}$ boală — Vol. II ; K. 98 ; p. 1 002.

KRAEPELIN^{s} *semn* — sugestibilitate și automatism de comandă — Vol. II ; K. 124 ; p. 1 007.

KRASNOV^{s} *semn* — variantă a sindromului CAPGRAS (1976) — Vol. II ; K. 129 ; p. 1 007.

KUIMOV-KEHRER^{s} *semn* — nevralgie de trigemen în alcoolismul cronic — Vol. II ; K. 137 ; p. 1 008.

KÜSSMAUL^{s} *semn* — dedublare sau ignorare de silabe — Vol. II ; K. 141 ; p. 1 009.

LASÈGUE^{s} *semn* — cu implicații în diagnosticul diferențial — Vol. II ; L. 57 ; p. 1 021.

LASÈGUE^{s} *simptom* — cu implicații în diagnosticul diferențial — Vol. II ; L. 58 ; p. 1 021.

LĂZĂRESCU^{s} *semn* — cu implicații în diagnosticul diferențial — Vol. II ; L. 78 ; p. 1 023.

LHERMITTE^{s} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HEAUTOSCOPIE NEGATIVĂ — Vol. II ; H. 84 ; p. 314.

LISI (DE) PINTUS^{s} *simptom* — mioclonii de început al somnului — Vol. II ; L. 277 ; p. 1 056.

LUST^{s} *semn* — prezent în spasmofilie (→) — Vol. II ; L. 384 ; p. 1 087.

MACEWEN^{s} *semn* — evidențierea hidrocefaliei — Vol. III ; M. 3 ; p. 7.

MAGNAN^{s} *semn* — „mania lăcomiei" (1885) — Vol. III ; M. 27 ; p. 13.

MAGNAN^{s} *simptom* — „mania cifrelor" (1883) — Vol. III ; M. 28 ; p. 13.

MANN^{s} *semn* — element pentru diagnosticul diferențial — Vol. III ; M. 79 ; p. 33.

MARINESCU^{s} *semn* — sin. SEMNUL MÎINII SUCULENTE — Vol. III ; M. 113 ; p. 39.

MAZINI^{s} *simptom* — în întîrzierile de dezvoltare psihică — Vol. III ; M. 174 ; p. 54.

MENZEL^{s} *simptom* — manifestări psihice în boli congenitale de tip degenerativ (KEDDIE, 1969) — Vol. III ; M. 294 ; p. 85.

MEYARD^{s} *simptom* — propriu stuporului catatonic — Vol. III ; M. 415 ; p. 105.

MEYER^{s} *simptom* — midriază reflexă în boli psihice (1910) — Vol. III ; M. 417 ; p. 106.

MIDRIAZĂ^{s} *semn* — prezența semnului în afecțiuni psihice — Vol. III ; M. 452 ; p. 111.

MINOR L^{s} *simptom* — echivalență epileptică — Vol. III ; M. 496 ; p. 119.

MIOZĂ^{s} *semn* — prezența în boli psihice — Vol. III ; M. 523 ; p. 124.

MÎNĂ SUCULENTĂ^{s} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MARINESCU^{s} semn — Vol. III ; M. 113 ; p. 39.

MOREL-LAVALLÉE^{s} *simptom* — „dragoste pentru injecții" — Vol. III ; M. 652 ; p. 158.

MÜLLER^{s} *semn* — semnul obiectiv al sindromului subiectiv — Vol. III ; M. 724 ; p. 176.

NEISSER^{s} *semn* — sin. VORBIRE ALEGORICĂ — Vol. III ; N. 77 ; p. 194.

OGLINDĂ^{s} *semn* — contemplare prelungită în fața oglinzii — Vol. III ; O. 87 ; p. 313.

OMEGA MELANCOLIC^{s} *semn* — SCHUELE, 1898 — Vol. III ; O. 114 ; p. 320.

OSTANKOV^{s} *simptom* — „simptomul reflectării în oglindă" (1934) ; „simptomul capișonului" — Vol. III ; O. 240 ; p. 346.

PANAGNOZIE^{s} *semn* — ignorare a deficitului motor post ictus vascular — Vol. III ; P. 64 ; p. 357.

PARY^{s} *semn* — manifestare (complicație) a tratamentului NL prelungit (1979) — Vol. III ; P. 253 ; p. 396.

PAVLOV^{s} *simptom* — răspuns în funcție de tonalitatea vocii — Vol. III ; P. 290 ; p. 403.

PENFIELD^{s} *semn* — echivalența epileptică : „gîndire impusă" — Vol. III ; P. 343 ; p. 410.

PERNĂ PSIHICĂ^{s} *semn* — stereotipie akinetică de atitudine (DUPRÉ) — Vol. III ; P. 392 ; p. 422.

PERSEVERARE TONICĂ^{s} *semn* — exagerarea reflexului de apucare forțată — Vol. III ; P. 405 ; p. 426.

PERSEVERARE VIZUALĂ^{s} *semn* — extinderea timpului unei imagini — Vol. III ; P. 406 ; p. 426.

PICARD^{s} *semn* — tahipsihie în epilepsia jacksoniană — Vol. III ; P. 491 ; p. 564.

PICK^{s} *semn* — dezorientare în raport cu propriul corp — Vol. III ; P. 497 ; p. 565.

PITRES^{s} *semn* — senzație penibilă la atingerea tegumentelor (ISTERIE) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HAPHALGEZIE — Vol. II ; H. 60 ; p. 310.

„PLACĂ DE GRAMOFON"^{s} *semn* — formă de stereotipie verbală (MAYER-GROSS, 1931) — Vol. III ; P. 558 ; p. 574.

POPOV^{s} *semn* — modificări ale conținutului afectiv al visului în PMD — Vol. III ; P. 656 ; p. 586.

POPPELREITER-WOLPERT^{s} *semn* — tip particular de agnozie — Vol. III ; P. 657 ; p. 586.

PÖTZL-HOFF^{s} *semn* — „dialog cu anonim în grup cunoscut" (1937) — Vol. III ; P. 708 ; p. 596.

PREDESCU^{s} — *semn* — „refuzul declinării identității" — Vol. III ; P. 757 ; p. 604.

PRÉVOST^{s} *semn* — „bolnavul își privește leziunea" — Vol. III ; P. 814 ; p. 617.

„PRIVIRE ÎN APUS DE SOARE“^{s} semn — caracteristici, circumstanțe — Vol. III ; P. 842 ; p. 621.

PROSKINEZIE^s semn — „negativism inversat“ (LEONHARD, 1936) — Vol. III ; P. 943 ; p. 643.

QUINQUAUD^s semn — tremurături fine ale miinii (alcoolism) — Vol. III ; Q. 33 ; p. 800.

RAUSCHBURG^s simptom — aglutinare, omitere/repetare de cuvinte (1905) — Vol. III ; R. 55 ; p. 811.

REBENOK^s simptom — manifestări psihice în gripă — Vol. III ; R. 101 ; p. 838.

REDLICH^s semn — dilatarea spontană a pupilelor — Vol. III ; R. 125 ; p. 848.

REICHARD^s semn — evidențierea halucinațiilor vizuale — Vol. III ; R. 176 ; p. 864.

„ROATĂ DINȚATĂ“^{s} semn — mișcare lentă și sacadată de revenire — Vol. III ; R. 369 ; p. 911.

ROSENBACH^s semn — prezența reflexelor abdominale în hemiplegia isterică — Vol. III ; R. 410 ; p. 918.

ROSENBACH^s — simptom — tremor palpebral la închiderea pleoapelor — Vol. III ; R. 411 ; p. 918.

SALUS^s semn — sin. HANN^s semn ; SALUS-GUNN^s semn $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SOBANSKI^s semn — Vol. IV; S. 22 ; p. 13.

SCHÄFFER^s semn → NEURON MOTOR PERIFERIC$^{(s)}$ sindrom — Vol. IV ; S. 87 ; p. 30.

SCHIZOBAZIE^s semn — ataxie frontală și temporală (MINEAZZINI, KNAPP) — Vol. IV ; S. 102 ; p. 34.

SCHLESINGER-POOL^s simptom — supinație reflexă consecutiv flexiei piciorului — Vol. IV ; S. 136 ; p. 169.

SCHUELE^s semn $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OMEGA MELANCOLIC — Vol. III ; O. 114 ; p. 320.

SCHULTZE^s semn — sin. WEISS^s semn $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CHVOSTEK^s semn — Vol. I ; C. 330 ; p. 546.

273. **SEMNE „MOI“** ● Expresie folosită de unii autori pentru semnele ușoare de incapacitate sau disfuncție. Se referă, în special, la patologia neurologică a copiilor schizofreni și/sau a celor cu disfuncții cerebrale minime („minimal brain disfunction“), la care este greu de stabilit gradul de specificitate al afecțiunii. Probele privind comportamentul motor și perceptual sînt adesea relevante pentru deviațiile ușoare de la normal.

274. **SEMNUL ROTIRII OCHILOR** ● Unul dintre indicii de susceptibilitate a subiectului la hipnoză, descris de H. SPIEGEL. Subiectului îi este dată comanda să-și rotească ochii în sus cît de repede poate și, în același timp, să-și coboare încet genele. Spațiul alb cornean este divizat de la zero la cinci. Spațiul cornean redus (numerele mici) arată o slabă hipnotizabilitate.

Autorul mai propune o investigare a tipurilor de personalitate după dihotomia: rațional/sentimental. Cei ușor hipnotizabili ar fi mai degrabă sentimentalii decît raționalii.

SICARD-FOIX^s semn — sin. DISOCIAȚIE ALBUMINO-CITOLOGICĂ în LCR → ALBUMINORAHIE ; L.C.R. — Vol. II ; L. 213 ; p. 1042.

SMOLENSKI-IVANOV^s simptom — prezența răspunsului scris în catatonie (1934) — Vol. IV ; S. 670 ; p. 357.

SOBANSKI^s semn (1950) — sin. HANN^s semn (1892) ; SALUS-GUNN (1929) — Vol. IV ; S. 674 ; p. 358.

STAEHELIN^s simptom — înăbușire în alcool a simptomatologiei psihice (1943) — Vol. IV ; S. 879 ; p. 419.

STAEHELIN-FRIGERO-LEVY^s semn — plafonare și retropulsie a globilor oculari — Vol. IV ; S. 880 ; p. 419.

STELLWAG^s simptom — lărgirea fantei palpebrale și rărirea clipitului — Vol. IV ; S. 920 ; p. 424.

STERN^s simptom — scăderea periodică a randamentului (1897) — Vol. IV ; S. 947 ; p. 428.

STERTZ^s simptom — scurte absențe paretice și afazice (1911) — Vol. IV ; S. 949 ; p. 428.

STRUMPELL^s semn — util în dagnosticul diferențial al hemiplegiei isterice — Vol. IV ; S. 1 010 ; p. 440.

SURÎS INSISTENT^s semn — „teama de inoportunitatea sa“ (BECHTEREV, 1898) — vol. IV ; S. 1 099 ; p. 465.

TEOFRAST^{8} *simptom* — modificări ale personalității în involuție (V. BLEIHER, L. ZAVILEANSKAIA, 1982) — Vol. IV ; T. 179 ; p. 525.

TETRAZINI^{8} *semn* — retroflexia capului în PGP — Vol. IV ; T. 247 ; p. 555.

THOMAS^{8} *semn* — tip de distonie neurovegetativă (THOMAS, ROUX, 1914) — Vol. IV ; T. 268 ; p. 559.

TROUSSEAU^{8} *semn* — „mîna de mamoș în spasmofilie" — Vol. IV ; T. 608 ; p. 673.

VASILESCU^{8} *semn* — importanța în psihiatrie — Vol. IV ; V. 49 ; p. 713.

VERAGUTH^{8} *semn* — modificări mimice în depresie — Vol. IV ; V. 73 ; p. 717.

VERNET^{8} *semn* — sin. SEMNUL CORTINEI — Vol. IV ; V. 91 ; p. 720.

VIGGO-JENSEN^{8} *simptom* — hipermobilitate funcțională a globilor oculari — Vol. IV ; V. 129 ; p. 728.

VOMISMENT CEREBRAL^{8} *semn* — semn în HIC — Vol. IV ; V. 213 ; p. 748.

VRONO^{8} *simptom* — semn inițial în schizofrenie — Vol. IV ; V. 221 ; p. 749.

WAGNER von JAUREGG^{8} *simptom* — comunicare verbală post compresie globi oculari — Vol. IV ; W.3 ; p. 751.

WEISS^{8} *semn* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CHVOSTEK^{8} semn — Vol. I ; C. 330 ; p. 546.

WEST^{8} *simptom* — sin. PARALIZIE MATINALĂ — Vol. IV ; W. 47 ; p. 757.

WESTPHAL^{8} *semn* — abolirea reflexului achilian drept — Vol. IV ; W. 51 ; p. 759.

WESTPHAL-BUMKE^{8} *semn* — areactivitate pupilară în stuporul catatonic — Vol. IV ; W. 52 ; p. 760.

WIMMER-STERN^{8} *simptom* — manifestări psihice (1926) — Vol. IV ; W. 66 ; p. 762.

WOLTMAN^{8} *semn* — element psihic în mixedematoză — Vol. IV ; W. 75 ; p. 763.

ZAVILEANSKAIA^{8} *simptom* (1956) — Vol. IV ; Z. 6 ; p. 771.

275. SEMNAL (cf. fr. *signal*) ● Termen aparținînd neuro- și psihofiziologiei, folosit ulterior în cibernetică. Reprezintă un anumit semn, convențional sau natural, care declanșează un anumit răspuns sau anunță un eveniment, fenomen, situație pe cale de desfășurare.

Semnalul conține o cantitate de informație care provoacă un răspuns și devine stimul prin operația de semnalizare. Pentru a provoca reacția, semnalul trebuie să fie decodificat ce către sistemul căruia i se adresează ; dacă sistemul nu decodifică semnalul, atunci reacția/răspunsul nu se produce. Semnalul presupune o relație între semnificat și semnificant, perceperea și înțelegerea semnalului implicînd înțelegerea acestei relații. După PAVLOV, există trei nivele de funcționare a semnalelor (și deci trei categorii principale ce semnale) :

- nivelul sistemului nervos subcortical ;
- nivelul imagistic ;
- nivelul verbal/conceptual (limbajul ca al doilea sistem de semnalizare).

Semnul devine semnal în măsura în care intră într-o operație sau activitate de semnalizare. Comunicarea interumană implică schimburi de semnale organizate în mesaje. Aceste semnale se desfășoară într-o funcționare semantică și sintactică, în cadrul discursului.

În psihopatologie, în procesele morbide grave, cum este procesul psihotic sau procesul psihoorganic, activitatea de semnalizare este perturbată în special la nivelul comunicării, al înțelegerii și interpretării semnalelor. Astfel, semnalele fie că nu mai provoacă nici un răspuns, fie că provoacă răspunsuri aberante, deviate prin lipsa unei decodificări reale, adecvate, a relației semnificat-semnificant (interpretările delirante și, parțial, percepțiile delirante). În patologia delirului, un semnal poate fi perceput ca atare dar interpretat prin prisma construcției delirante, care operează modificări ale semnificatului (ale obiectului la care trimite semnalul).

Un stimul obișnuit poate căpăta valoare de semnal în măsura în care este integrat în delir, deci este investit cu anumite calități direct legate de (derivate din) conținutul delirant. În afecțiunile psihoorganice cu grad avansat de deteriorare, alterarea gravă a funcțiilor cognitive face foarte dificilă, pînă la imposibilă, decodificarea semnalelor, chiar a unor semnale anterior cunoscute.

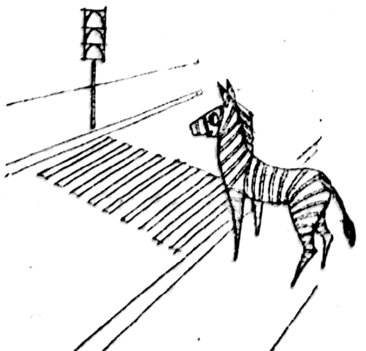
276. SEMNAL DE ANGOASĂ ● Termen utilizat de FREUD (1926) pentru a desemna, în cadrul concepției sale referitoare la angoasă, un mecanism activat de Eu în condițiile manifestării unui pericol pulsional, în sensul unui aflux de excitație cu rolul declanșării unor mecanisme de apărare.

277. **SEMNALIZARE** (vezi *semnal*) ● Este o noţiune utilizată în neurofiziologie, iniţial de către **PAVLOV**, în studiul său asupra reflexelor condiţionate. S-a constatat astfel că există stimuli care declanşează reacţii înnăscute (reflexe necondiţionate). Asocierea acestora cu alţi stimuli din mediu, care acţionează prin aparatul senzorial (vizuali, auditivi), face ca aceştia din urmă, după numeroase asocieri, să devină semnale ale stimulilor iniţiali, declanşînd aceleaşi reacţii pe care le produc stimulii necondiţionaţi. Transformarea stimulului în semnal se realizează la nivelul emisferelor cerebrale, prin asociaţii între stimulii ce se desfăşoară într-o anumită succesiune. Posibilitatea emisferelor cerebrale de a stabili legături cu mediul înconjurător se realizează nu numai senzorial (deci cu ajutorul primului sistem de semnalizare), ci şi prin „semnale ale semnalelor" — cuvintele —, deci cu ajutorul celui de-al doilea sistem de semnalizare. Mecanismul producerii răspunsului reflex constă în stabilirea unor conexiuni temporare între două focare de excitaţie corticală. Răspunsul reflex se păstrează atît timp cît stimulul are semnificaţia de semnal şi asigură adaptarea la condiţiile permanent variabile ale mediului.

278. **SEMNIFICATIV** (cf. fr. *significatif*) ● Caracteristica unui cuvînt, informaţii, test, de a avea un înţeles precis, de a scoate în evidenţă ceva, de a avea o anumită semnificaţie, într-un context dat.

Astfel, în patologie, un simptom este semnificativ atunci cînd este relevant sau scoate în evidenţă o anumită cauză sau un anumit diagnostic.

279. **SEMNIFICAŢIE** (cf. fr. *signification* : vezi lat. *significatio* „a face cunoscut") ● Categorie a semanticii, care se referă la funcţia semnelor de a reprezenta ceva diferit şi independent de ele ; semnificaţia este conţinutul informaţional pe care îl vehiculează un semn sau un grup de semne (expresie). Studiul logico-semantic s-a concentrat îndeosebi asupra semnificaţiei cognitive — conţinutul expresiilor, care pot fi adevărate sau false, şi asupra termenilor care intră în alcătuirea unor astfel de expresii. În ultimele decenii, au intrat în sfera de interes a unor sisteme de logică aplicată şi alte tipuri de semnificaţie : semnificaţia emoţională (ceea ce subiectul comunică despre reacţiile sale afective în diferite situaţii) sau semnificaţia pragmatică, dependentă de contextul comunicativ concret în care sînt utilizate enunţurile.



R. CARNAP propune şi termenul de „semnificaţie disignativă", reprezentînd aspectul teoretic, cognitiv, referenţial, informativ şi eliminînd astfel componentele emotive sau situaţionale.

280. **SEMNIFICAŢIE** — **limită** ● Raport de evocare reciprocă, unind semnificantul de semnificat în discursul subiectului, în cadrul relaţiei de comunicare. Semnificaţia se plasează la diferite nivele şi este limitată, pe de o parte, de raportul semnificant-semnificat, pe de altă parte, de relaţia de comunicare dintre subiectul vorbitor şi partenerul său receptor. Semnificaţia implică un demers de decodare, ce face posibilă receptarea mesajului conţinut în legătura dintre semnificant şi semnificat. Relaţia de comunicare este o relaţie contractuală, reciprocă, presupunînd cel puţin doi parteneri şi un referenţial (un martor, opinia publică, o teorie, socialul, limba ca sistem etc.). Orice cuvînt rostit angajează pe cel care enunţă faţă de destinatar şi faţă de referenţial. Schimbul verbal ca act de comunicare comportă, direct sau indirect, o miză şi un risc, atît miza cît şi riscul fiind legate de afectul provocat la interlocutor (participarea emoţională a destinatarului). Suportul relaţiei dintre oameni este satisfacerea reciprocă a trebuinţelor în procesul comunicării. Orice discurs cere din partea destinatarului interes şi, în ultimă analiză, o atitudine afectivă. Aşadar, decodarea unui mesaj, în măsura în care ea este pur cognitivă, nu reprezintă o relaţie de comunicare. Deci un element fundamental care reglează schimbul discursiv (comunicarea, schimbul de semnificaţii, prin angajarea sau desfăşurarea cuvîntului în discurs, conform unor reguli lingvistice) este provocarea emoţională a destinatarului, incitarea afectului la interlocutor.

Un al doilea element fundamental care reglează schimbul discursiv este valoarea de adevăr vehiculată. Plăcerea (sau neplăcerea) este produsă în cadrul tranzacţiei dintre cei doi parteneri. Valoarea de adevăr se stabileşte conform unui al doilea element, un referenţial (element arbitru, legea, depozitarul unei cunoaşteri, care să garanteze verosimilitatea enunţurilor). Acest element referenţial scapă interlocutorilor într-o anumită măsură, astfel incit, deşi relaţia semnificant-semnificat rămine obiectiv constantă, discursul poate amesteca adevărul cu falsitatea. Orice discurs rămine aservit verosimilităţii (trebuie să ţină cont de necesitatea de a părea adevărat).

Comunicarea cu psihotipul cunoaşte două limite (Julia KRISTEVA, 1979) : limita provocată de prăbuşirea cuvîntului (în special a verbului) la psihotici şi efortul interlocutorului de a simula o participare autentică ; pe de altă parte, alterarea relaţiei medic-bolnav, care conţine, în acest caz, o distanţă generată de însăşi catastrofa discursului morbid. Psihoticul nu este conştient de această „deşertăciune sonoră“ a vorbirii sale. În discursul delirant, se observă ca particularitate trecerea bruscă de la o relatare realistă, cu referenţial bine delimitat, la o relatare imaginară, cu referenţial fantasmatic. Destinatarul discursului poate avea două atitudini : fie apreciază discursul ca delirant şi il plasează în categoria erorilor, fie se ancorează el insuşi în acest discurs, se înstrăinează, pierzîndu-şi propriile repere simbolice şi raţionale, în acest ultim caz, fiind vorba de delirul indus.

În discursul psihoticului, apare adevărul inconştientului (inconştientul pur), ceea ce perturbă pînă la desfiinţare cea mai stabilă relaţie dintre semnificant şi semnificat (sensul de bază, sensul constant al cuvîntului sau „nucleul de sens“ este pulverizat ; relaţia vorbitor-interlocutor este scindată, prin faptul că elaborarea şi emiterea enunţurilor nu mai au acelaşi înţeles pentru cei doi parteneri). Un demers de decodificare a discursului psihotic din partea unui interlocutor ar fi absurd dacă raportăm acest demers la conştiinţă ca organizator al sistemului de semnificaţii ; acelaşi demers nu mai este deloc absurd dacă el se raportează la inconştient ca referenţial, la motivul profund al conţinutului delirant. Grija pentru adevăr, ca un criteriu ce subordonează orice discurs (grija pentru relaţia constantă dintre semnificant şi semnificat, pentru înţelesul general recunoscut), este specifică nevroticului, în special nevroticului obsesional. Psihoticul nu se îndoieşte de discursul său, pentru că nu îşi pune problema valorii de adevăr a discursului şi a comunicării ; psihoticul nu păstrează o distanţă a enunţării, ci se goleşte de conţinut prin însăşi desfăşurarea enunţiativă, prin actul vorbirii (S. CONSOLI, 1979). În discursul psihotic, eşuează procesul de semnificare, astfel încît obiectul implicat în discurs devine neidentificabil ; limbajul se pulverizează sub fluxul pulsional, care reprezintă o energie presemantică ; se produce aici o aglutinare a semnificanţilor, o incrucişare a cuvintelor, din care rezultă cuvinte noi (neologismele), fără putere de semnificare ; astfel se poate observa, pornind de la un semnificant iniţial, o mobilizare a unui lanţ semnificativ, în ecou (un lanţ asociativ care nu se mai supune conştiinţei ca instrument şi referenţial). În schimb, în discursul nevroticului obsesional, există o preocupare accentuată pentru verosimil. În psihoză, adevărul dorinţei inconştiente devine manifest. În nevroză (discursul nevrotic), refularea (şi alte mecanisme) deformează adevărul dorinţei inconştiente şi are ca efect verosimilul, care, fără a fi cu necesitate adevărat, este cel mai asemănător cu realul, deci reprezintă o deplasare secundară a adevărului.

Sub puterea verosimilului, adevărul rămine, din punct de vedere afectiv, refulat. Discursul obsesionalului excelează prin acest proces verosimilizant, proces care face discursul foarte stufos, dar foarte depărtat de adevărul (realul) dorinţei. Discursul tinde spre exhaustivitate, în încercarea obsesionalului de a epuiza toate relaţiile posibile între semnificant şi semnificat (de a epuiza cîmpul semnificaţiei precum şi procesul de semnificare). Astfel, obsesionalul, în goana după verosimil, complică raportul semnificant-semnificat, extinde excesiv semnificaţiile sau le multiplică, întrucît goana după verosimil promite eternitatea adevărului, în ultimă analiză pe aceea a absolutului. Psihoza este discursul adevărului pur, al unui adevăr particular, discurs în care fiinţa vorbitoare se identifică cu enunţul său. Nevroza obsesională este discursul exactităţii. Apropierea discursului obsesional de discursul psihotic se produce pe măsură ce procesul de verosimilizare al nevroticului se extinde şi încalcă orice referenţial, pe măsură ce rigoarea şi raţiunea împinse la extrem sfîrşesc în psihoză. Obsesionalul colecţionează semnificanţi, îi evaluează, îi verifică repetat („obsesionalul este un mare contabil de semnificant“), foloseşte o serie de strategii de anulare predictivă, care, în cazuri grave, determină o destrămare a sintezei discursive, întrucît amplificarea nelimitată a verosimilizării duce la pietrificarea semnificantului, la reducerea sensului, la semnificaţie (rigoarea trece în rigiditate) ; discursul devine polisemic şi ameninţă să se prăbuşească în abisal ; productivitatea discursivă se anulează prin ea însăşi, se stabilesc raporturi stratificate între enunţuri opuse şi contradictorii, se ajunge la o saturaţie sintactică şi la sărăcie semantică, întrucît verosimilul nu dă garanţia realului, ci doar iluzia acestei garanţii.

281. **SEMNIFICAŢIE — nivel de** (cf. fr. *signification*) ● Expresia se referă la diferitele grade ale înţelegerii funcţiei şi conţinutului unui semn anume, semn asociat unui obiect. Aceste grade de înţelegere reprezintă nivele de semnificaţie în procesul mai amplu al semnificării. În mod strict, semnificaţia trimite la un sens anume, acela care rezultă din relaţia constantă, coerentă şi precisă dintre semnificant şi semnificat. Într-o accepţiune lărgită, semnificaţia poate fi diferită după context. Există, pe lîngă componenta designativă, cognitivă a semnificaţiei, şi o componentă emoţională sau imperativă. Dincolo de înţelegerea unui cuvînt, a unei expresii (a unui semnificant, în genere), se produce şi o receptare emoţională. Utilizarea semnificaţiei în sensul ei afectiv introduce termenul într-o perspectivă lingvistică şi psihologică, în care legătura semnificant-semnificat urmează nivelele de profunzime ale fiinţei.

282. **SENELAIGNE-DEBRÉ-KOHER**(S) **sindrom** ● Sindrom definit la copil ca asociere a unei hipertrofii musculare generalizate (care conferă un aspect atletic, herculean), cu hipotiroidie (cretinism). Hipertrofia predomină la anumiţi muşchi (moleţi, trunchi, centură scapulară, gît, eminenţă tenară şi hipotenară), fiind cu atît mai netă, cu cît pielea este mai puţin infiltrată. Muşchii sînt mai duri la palpare, forţa musculară este normală sau scăzută, iar manifestările miotonice sînt excepţionale. Hipertrofia musculară poate apărea după intervenţii chirurgicale pe tiroidă sau roentgenterapie tiroidiană, amplificîndu-se apoi în cîteva luni.

Studii ultrastructurale efectuate de AFIFI şi colaboratorii (4971) nu au putut evidenţia modificări caracteristice ale fibrei musculare. La examenul bioptic, A. J. SPIRO, A. HIRANO, R. L. BEILIN etc. au remarcat prezenţa „Ring"-urilor (fibre orientate perpendicular pe axul longitudinal al fibrei musculare, creînd imaginea de „inel striat" care circumscrie fibra ; inelele sînt frecvent asociate cu mase aparent amorfe de sarcoplasmă cu nuclei) şi a atrofiei selective a fibrei musculare T_1, amintind unele particularităţi histologice ale distrofiei miotonice. Tratamentul substitutiv cu hormoni tiroidieni reduce volumul muşchilor la normal.

283. **SENESCENŢĂ** (cf. lat. *senex* „bătrîn") sin.
→ BĂTRÎNEŢE.

284. **SENIL**(D) **delir** (cf. lat. *senilis* „bătrînesc") ● Idei delirante de mică amplitudine, cu caracter contradictoriu şi uneori chiar absurd. Termenul este însă ambiguu, semnificînd mai mult o circumstanţă etiopatogenică decît o entitate nosologică circumscrisă precis.

Tematica delirului senil este de persecuţie sau de prejudiciu material sau moral (delirul senil de prejudiciu — KRAEPELIN).

Delirul senil survine la subiecţi avînd vîrsta de peste 65 de ani, are o evoluţie progredientă, cu tendinţă la ştergerea productivităţii şi substituirea lentă a acesteia cu elemente deteriorative. Se pot înregistra episoade confuzo-onirice favorizate (ca şi creşterea intensităţii întregii simptomatologii) de întuneric. Comportamentul de apărare şi de izolare este relativ frecvent înregistrat. Delirul senil poate anunţa adeseori demenţa.

285. **SENILITATE** (cf. fr. *sénilité* : vezi lat. *senex* „bătrîn") ● Bătrîneţe patologică, spre deosebire de SENESCENŢĂ — considerată bătrîneţe normală, fiziologică. Limitele între aceste două stări sînt greu de stabilit. Senilitatea poate apărea ca urmare a unei patologii presenile, dar poate apărea şi d'emblée.

Instalarea senilităţii este situată, mai mult sau mai puţin arbitrar, în jurul vîrstei de 70 de ani. Rapiditatea apariţiei sale este dependentă de o multitudine de factori care intervin, în afara vîrstei, acumulîndu-se ; între aceştia un rol important îl au ereditatea, traumatismele psihice, infecţiile locale sau generale, intoxicaţiile (în special alcoolică şi tabagică). Celula nervoasă este lezată fie direct, fie prin intermediul tulburărilor circulatorii şi metabolice, în special prin amiloidoză, ceea ce pune problema unui proces de autoimunizare (SCHWARTZ).

Leziunile, de obicei de aspect atrofic, sînt diseminate în întregul organism (aparat cardiovascular, renal, musculatură striată şi netedă), nefiind omogene şi uniforme, ceea ce permite descrierea unor atingeri locale sau predominante.

În senilitate, funcţionalitatea organismului este perturbată în totalitate, apărînd o diminuare generală a rezistenţei, insomnie, inapetenţă (rareori apare o creştere a apetitului şi a somnului), tremurături, dificultate de coordonare a mişcărilor (evidenţiată la scris, vorbire), scăderea acuităţii senzoriale (hipoacuzie, prezbitism), diminuarea reflexelor osteotendinoase şi corneene (printr-o leziune mioneuronală). Pe plan psihic, apare o accentuare a tulburărilor existente încă din presenilitate, marcată prin diminuarea importantă a capacităţii intelectuale şi, în special, prin deteriorarea capacităţii de sinteză. Procesul involuţiei nu urmează o anumită regulă, deteriorarea putîndu-se produce în etape condiționate de tulburările reversibile sau nu ale circulației.

Nu există tratament specific al senilității (în ciuda succeselor efemere ale unor încercări de grefă testiculară cu testicul de maimuță, extracte celulare etc.). Anumite droguri cu efect euforizant pot crea aparența unei ameliorări, a unei întineriri, a reînvierii speranței că există un „elixir al vieții îndelungate", dar efectul este de scurtă durată și speranțele se risipesc repede.

Date fiind modificările biologice, metabolice, apărute în organismul îmbătrînit, modificări încă insuficient cunoscute, este necesar ca în alegerea medicamentelor folosite pentru tratamentul psihiatric sau general, ca și posologia acestora, să se facă ținînd seama de această configurație organică specifică. Ca mijloace terapeutice, se utilizează susținerea homeostaziei hidroelectrolitice, cardiovasculare, anabolizantele și psihotropele (cu mare prudență, mai ales neurolepticele).

286. **SENILĂ — demență** (cf. lat. *senilis*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DEMENȚĂ SENILĂ.

287. **SENILITATE INFANTILĂ** — sin. NANISM SENIL ; PROGERIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HUTCHINSON-GILFORD$^{(8)}$ sindrom,

288. **SENIUM** (lat.) ● Termen folosit de unii autori pentru a desemna perioada de bătrînețe.

Patologia psihiatrică apărută la această vîrstă nu este considerată ca fiind datorată senilității organismului sau unui creier senil decît după o limită arbitrar stabilită (70 de ani). În acest sens, MAYER-GROSS și colaboratorii stabilesc următoarea clasificare pentru patologia seniumului :

- psihoze afective ;
- demențe senile ;
- psihoze arteriosclerotice ;
- stări delirante ;
- parafrenie tardivă ;
- alte tulburări (pareze, epilepsii, traumatisme craniene, sindromul organic cerebral asociat cu tulburări vasculare).

Pentru o serie de manifestări senile care apar sub vîrsta de 55 de ani, se folosește termenul de SENIUM PRAECOX (senilitate prematură),

Boli ca boala Pick sau boala Alzheimer sînt asociate ce către unii autori seniumului praecox.

289. **SENS** (cf. lat. *sensus* „inteligență, înțelegere") ● Concept al semanticii, care se referă la înțelesul unui cuvînt sau al unei expresii. Semantica logică (FREGE) distinge riguros între sens (germ. *Sinn*) și denotat (*Bedeutung*), arătînd că despre același obiect referențial se pot formula aserțiuni diferite ; de exemplu, în expresiile „Luceafărul de seară" și „Luceafărul de dimineață", denotatul este același, dar sensurile sînt diferite.

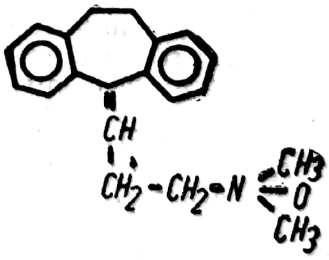
În limbajul curent, termenul are o accepțiune mai puțin strictă, de transparență eidetică a cuvintelor sau a realului, atunci cînd acestea „spun" ceva conștiinței, îngăduind subiectului să priceapă un tîlc sau un rost.

În psihologie, conceptul este implicat în actul cognitiv de denotație, cu alte variabile ce nuanțează subiectiv acest fenomen.

Astfel, P. GUIRAUD distinge un sens de bază, inerent cuvîntului, și un sens contextual, variabil. PAULHAN definește sensul ca un ansamblu al fenomenelor psihice provocate în conștiință de un cuvînt. M. STIRNER a introdus conceptul de sens afectiv, iar E. HUSSERL a diferențiat sensul cognitiv. Distincția sens cognitiv-sens afectiv au subliniat-o și V. PAVELCU, A. N. LEONTEV, pe baza criteriului obiectiv/subiectiv, făcînd distincția între semnificație și sens : semnificația este unică, iar sensul poate fi diferențiat ; sensul este modul propriu în care fiecare individ interiorizează și folosește semnificația.

În patologia psihiatrică, pot apărea modificări mai mult sau mai puțin accentuate în raportul psihologic semn-sens, în direcția modificării legăturilor lor logice sau a denaturării variabilei cognitive a sensului prin variabile afective sau relațional-situaționale (schizofrenie, deliruri interpretative, demențe).

290. **SENSAVAL**$^{(M)}$ Suedia — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10, 11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se asociază cu IMAO.



291. **SENSIBILITATE** (cf. lat. *sensibilitas* „sensibilitate") ● Proprietate fundamentală,

specifică organismelor dotate cu sistem nervos, de a recepţiona diferiţi stimuli din mediul extern şi intern şi de a le traduce în senzaţii. Reprezintă o formă calitativ superioară de excitabilitate, cu funcţie de semnalizare diferenţiată a factorilor ambientali. Este dependentă de integritatea organelor de simţ (analizatorilor) şi de gradul de dezvoltare a sistemului nervos, realizînd primar reflectarea realităţii (interne şi externe).

După calitatea reflectării, se disting o sensibilitate elementară sau protopatică (senzaţii elementare, tactile, termice, mioartrokinetice etc.) şi una diferenţială sau epicritică (stereognozie, topognozie etc.).

Formele de sensibilitate pot fi clasificate mult mai adecvat după natura stimulilor receptaţi (mecanici, fizici, chimici, fiziologici), criteriu propus de A. USTOMSKI ; pe această bază, se poate distinge între sensibilitatea tactilă, termică, vizuală, auditivă, vibratorie, propriorecepţia ortostatică şi de echilibru, gustativă, olfactivă, interocepţia dureroasă. Sensibilitatea absolută sau diferenţială (corespunzător celor două praguri senzoriale) se referă la mărimea unei senzaţii, care se află într-un raport invers proporţional cu pragul senzorial. Coborîrea sau creşterea pragurilor senzoriale desemnează, sub aspect psihopatologic, fenomenele de hiperestezie şi, respectiv, de hipoestezie, cu valoare semiologică atît în nevroze, stări reactive, boli infecţioase, intoxicaţii, cît şi în debutul unor afecţiuni psihotice (schizofrenie).

Sinesteziile, tipice intoxicaţiilor (cu mescalină, LSD, psilocibină, cocaină), ca şi senzaţiile parazite şi iluziile, reprezintă tulburări patologice ale sensibilităţii.

292. **SENSIBILITATE PATOLOGICĂ** ● În psihopatologie, tip de sensibilitate exagerată, în special sub aspect emoţional, constînd în aceea că persoana reacţionează la un stimul exterior (mai ales nociv sau frustrant) într-un mod primar, imediat şi foarte intens (intensitatea reacţiei depăşeşte mult intensitatea stimulului). Apare, în general, în toate tulburările nevrotice (în special, la fobici), la subiecţi cu anxietate crescută (permanent sau temporar) la personalităţile exaltate.

293. **SENSIBILITATE (LA) TEST** (cf. lat. *sensibilitas*) ● Una dintre calităţile metrologice ale testului psihologic. Sensibilitatea la test se referă la fineţea diferenţierii subiecţilor prin rezultatele obţinute la test. Ea este cu atît mai bună, cu cît numărul treptelor în care pot fi clasificate însuşirile psihologice ale subiecţilor testaţi este mai mare. De exemplu, un test etalonat în nouă clase este mai sensibil decît unul etalonat în cinci clase, deoarece permite o apreciere mai fină a trăsăturii psihologice măsurate. Pe lîngă standardizare, sensibilitatea depinde, de asemenea, de modul în care a fost construit testul. Dacă itemii acestuia sînt fie prea uşori, fiind rezolvaţi corect de majoritatea subiecţilor, fie prea grei, cînd nu pot fi efectuaţi corect de cei mai mulţi dintre subiecţi, sensibilitatea este slabă, deoarece puterea de discriminare a testului nu este corespunzătoare.

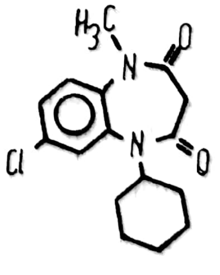
294. **SENSIVAL**$^{(M)}$ Danemarca, Elveţia, Italia, Portugalia ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NORTRIPTILIN$^{(M)}$ România.

295. **SENSORIUM** (cf. lat. *sensorium* : „organ/loc al simţirii") ● Termen utilizat uneori ca sinonim pentru conştiinţă, ipotetic „loc al senzaţiilor" sau „centru al simţurilor" situat în creier. Este conceput, de obicei, ca opus „motoriumului", împreună cu care constituie aşa-numitul *organo-sistem animal*. În aceeaşi viziune, aparatul nutritiv şi de reproducere formează *organo-sistemul vegetativ*.

Pentru unii autori, are semnificaţia de aparat senzorial al corpului : cînd o persoană percepe cu claritate natura mediului său înconjurător, se spune că are un sensorium „clar", intact. În confuzia mintală, sensoriumul este descris ca deteriorat sau „neclar".

În stările maniacale acute sau în depresia psihotică cu stupoare, se poate vorbi despre un sensorium tulburat. Orientarea corectă temporo-spaţială este considerată ca dovadă a unui sensorium clar.

296. **SENTIL**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-dionă, cu acţiune anxiolitică şi sedativă, uşor inferioară seriei. Este indicat şi în afecţiuni psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenestopate, fiind recomandabil în tratamentul ambulator, întrucît nu influenţează reflexele conducătorilor auto.



297. **SENTIMENT** (cf. fr. *sentiment* ; vezi lat. *sentire* „a simţi") ● Stare emoţional-afectivă, superioară, complexă, mai durabilă decit emoţia şi mai puţin intensă decit pasiunea, care se instituie ca atitudine (schemă relaţională cu sens valoric) a persoanei faţă de obiecte, fiinţe, relaţii sociale şi faţă de sine însuşi.

DELAY şi PICHOT identifică sentimentul cu „efectul persistent al emoţiilor" sau cu „habitudinea emoţională", trăsăturile sale specifice fiind de stabilitate relativă, caracterul de „concentrat emoţional" şi de automatizare (persistă latent şi se activează periodic, chiar în lipsa stimulării nemijlocite). Sentimentele şi emoţiile se află în raport de compatibilitate, trecind adesea unele în altele, dar nu sint identice. Geneza sentimentului este de durată, are caracter stadial (cristalizare, maturizare a sentimentului) şi conflictual, dar prin aceasta capătă longevitate, durabilitate şi intensitate superioară emoţiilor tranzitorii şi nestructurate, disparate. Dezagregarea sentimentului corespunde unei deziluzii, decepţii, care poate determina o atitudine pesimistă. Uneori, sentimentele se dezagregă prin saturaţie şi uzură, fiind înlocuite de deprinderi afective (de exemplu, într-un cuplu conjugal, o dragoste pătimaşă se poate transforma, după un număr de ani, în platitudine, plictis, toleranţă).

Taxonomic, se pot distinge sentimente intelectuale, estetice, religioase ş.a.

Unii autori vorbesc de sentimente inferioare, de natură pulsional-impulsivă, legate de exacerbarea trebuinţelor fiziologice, denaturate patologic; în acest caz, este vorba mai degrabă de afecte (feeling) sau de reacţii emoţionale subconştiente, refulate de conştiinţă. Acelaşi lucru se poate spune despre sentimentele inconştiente de culpabilitate, de inferioritate sau de agresivitate, evidenţiate de psihanaliză.

După cum subliniază P. POPESCU-NEVEANU, sentimentele sint formaţiuni sintetice, în care constituentul afectiv este dublat de selectivitate şi de tendinţa spre generalizare.

Patologia sentimentelor se suprapune, în mare măsură, cu patologia afectivităţii şi a voinţei. Întrucit se caracterizează îndeosebi prin orientare selectivă, nivel valoric şi stabilitate (rezistenţă), sentimentele depresive de diverse intensităţi sau cele ambivalente exprimă destructurări sau alterări mai mult sau mai puţin profunde ale sferei afective, subiacente celor de gindire sau de personalitate.

298. **SENTIMENT DE NEÎMPLINIRE** (SENTIMENT D'INCOMPLÉTUDE) ● Noţiune introdusă de P. JANET în legătură cu sentimentul trăit de psihastenici, care atribuie un caracter de insuficienţă, neîmplinire tuturor fenomenelor psihice pe care le trăiesc. Această „notă particulară" face ca trăirile acestor subiecţi să fie tensionate, consumatoare de energie. De altfel, subiectul încearcă acelaşi sentiment de neîmplinire faţă de toate acţiunile sale, căutînd să amine cit mai mult clipa în care declară terminată o anumită acţiune.

299. **SENTIMENT DE STRANIU** ● Trăire subiectivă din fenomenele patologice de derealizare şi depersonalizare. Sentimentul de straniu se caracterizează prin pierderea senzaţiei de intimitate cu propria persoană şi cu mediul înconjurător, prin senzaţia de incoerenţă şi sărăcire de semnificaţie, anxietate difuză şi senzaţie de schimbare iminentă, catastrofală.

Sentimentul de straniu îşi are originea, după psihanalişti, în retragerea libidoului şi dezinvestirea realităţii, concomitent cu invazia în conştient a conţinuturilor inconştiente.

Subiectul are sentimentul că priveşte totul printr-un ecran, că se află într-un ţinut străin, bizar sau că este un spectator la „simulacrul vieţii" din jurul său.

Trăirile sint atit de inedite sau absurde uneori, incit nu pot fi descrise de către subiect, ci doar sugerate metaforic. Nu sint generate de halucinaţii, idei delirante sau stări confuzionale.

După GUIRAUD, actul psihic primordial este reprezentat de „sentimentul de a exista", care stă la originea intuiţiei Eului. La acesta se adaugă conştiinţa schemei corporale, perceperea lumii exterioare, stabilirea de relaţii afective. Perturbarea acestora duce la apariţia sentimentului de straniu. Se întîlneşte la personalităţile dizarmonice psihastenice, la care predomină sentimentul de derealizare, spre deosebire de schizofrenie, unde predomină depersonalizarea, în faza iniţială a stărilor confuzionale, înainte de disoluţia totală a cimpului conştiinţei. În epilepsia temporală, unde apare brusc, ca o echivalenţă comiţială sau în aura dinaintea crizei comiţiale propriu-zise, se caracterizează prin distorsionarea imaginii spre lumea exterioară, însoţită uneori de perturbarea schemei corporale.

300. **SENTIMENTALĂ — aură** (cf. fr. *sentimental*) ● Variantă a aurei epileptice, constînd în apariţia durerii în zonele parestezice preexistente, însoţită de apariţia unui sentiment nemotivat de tristeţe şi indiferenţă. Mai pot apărea tulburări de tip halucinator auditiv, precum şi modificări ale sensibilităţii mioartrokinetice.

301. **SENTIMENTALISM** (cf. fr. *sentimentalisme*) ● Atitudine subiectivă, concepţie, comportament care relevă preponderenţa pînă la exagerare a afectivităţii în raport cu raţionalul. Din punct de vedere psihologic, sentimentalismul se asociază cu un grad crescut de impresionabilitate şi cu un deficit de cenzură raţională, fapt ce determină o percepţie distorsionată şi amplificată a vieţii de relaţie, tendinţa de a aprecia conduita oamenilor şi evenimentelor vieţii numai din punct ce vedere sentimental. În plan comportamental, se manifestă printr-o afectare sau exagerare a sentimentelor.

Sentimentalismul în sine nu are o semnificaţie patologică, dar poate însoţi anumite dizarmonii, mai frecvent pe cele de tip isteric, sau poate fi potenţat de afecţiuni psihice sau psihosomatice.

302. **SENTIMENTE ŞI LOGICĂ** ● Asocierea aparent paradoxală a unor noţiuni care reprezintă, una afectivitatea, alta gîndirea, funcţii psihice distincte şi totuşi aflate în strînsă întrepătrundere, asigurînd unitatea vieţii psihice a individului, a fost evidenţiată de psihologul şi filozoful francez Théodule RIBOT în lucrarea „La logique des sentiments“ (1905). În capitolul introductiv al traducerii oferite de dr. Leonard GAVRILIU (1988), este subliniată motivaţia pe care a avut-o celebrul om de ştiinţă francez în elaborarea acestei lucrări : revendicarea pentru psihologie a dreptului şi obligaţiei „de a trata operaţiile logice ca şi celelalte fapte psihice, fără vreo preocupare pentru forma sau validitatea lor, deoarece pentru psihologie un raţionament bun nu este mai privilegiat decît unul rău“. Th. RIBOT descrie, prin prisma psihologiei de orientare abisală, cinci tipuri de raţionamente „extraraţionale“ (pasional, inconştient, imaginativ, justificativ şi mixt), toate fiind determinate de impulsuri, tendinţe, dorinţe, atracţii sau aversiuni, venite din subteranele fiinţei.

Raţionamentul afectiv (R.A.) sau emoţional este un cuplu ideo-afectiv în care afectivitatea constituie elementul predominant, variind ca intensitate de la simpla tendinţă care abia solicită concluzia, la o antrenare oarbă a acesteia. Între logica sentimentelor şi logica raţiunii nu există o barieră naturală.

Un rol analog ideilor generale sau abstracte din logica raţională este atribuit în logica emoţională acestor cupluri ideo-afective, denumite de RIBOT concepte-valori, judecăţi de valoare sau, pe scurt, valori. KREIBIG înţelege prin valoare importanţa pe care o are conţinutul unei senzaţii sau al unui gînd pentru subiect datorită stării afective din momentul respectiv, valoarea fiind întotdeauna în raport intim cu dorinţa. În morală, valoarea reprezintă un concept esenţial ; aici orice valoare este sentiment şi orice sentiment este valoare. În privinţa locului de desfăşurare, RIBOT consideră că domeniul de acţiune al logicii sentimentelor îl constituie socialul.

Principiul finalităţii determină unitatea logicii afective. R.A. tinde totdeauna către un scop, el nu vizează un adevăr abstract, ci un rezultat practic şi este întotdeauna orientat în această direcţie.

Deosebirile dintre raţionamentul intelectual (R.I.) şi R.A. ar fi următoarele :

- R.I. are drept scop cunoaşterea adevărului obiectiv, fiind adaptat la fapte (elementul subiectiv este neglijabil) şi analizează contradicţiile ;
- R.A. este adaptat la credinţe, dorinţe, aversiuni, care sînt valori ireductibile unele la altele şi nu sînt contradictorii decît în măsura în care sînt raţionalizate ; dorinţe sau credinţe contradictorii pot coexista în acelaşi om fără a se suprima una pe alta.

Logica afectivă (L.A.) caută numai mijloace de satisfacţie şi succes, fără a lua în considerare dacă dorinţele pe care le urmează sînt sau nu contradictorii.

În situaţii practice, logica raţională (L.R.) procedează prin analiză, descompunînd problema în elementele ei componente, iar L.A. procedează prin sinteză, concluzia fiind determinată dinainte, depinzînd de trăsăturile optimiste sau pesimiste, îndrăzneţe sau timide ale subiectului. O apreciere depinde astfel de dispoziţia de moment : simpatie sau antipatie, încredere sau neîncredere.

Principalele forme ale logicii sentimentelor sînt, după RIBOT, raţionamentul pasional, inconştient, imaginativ, justificativ şi mixt sau compozit.

Raţionamentul pasional este forma cea mai simplă de raţionament pur afectiv, cea mai săracă în elemente intelectuale. Este contrar raţiunii, falsifică judecata şi voinţa, este nociv în practică.

Raţionamentul inconştient se bazează în concepţia lui RIBOT pe existenţa inconştientului static (incluzînd obişnuinţele, memoria şi în general tot ceea ce reprezintă informaţia organizată) şi a inconştientului dinamic, care se află într-o stare latentă de activitate, de incubaţie, de elaborare.

Raţionamentul imaginativ este forma cea mai completă şi cea mai frecventă, caracterizîndu-se printr-un mecanism imaginativ (exemple : credinţele despre viaţa viitoare, „prezicerea“ — astrologia, chiromanţia etc. —, magia).

Raţionamentul justificativ este forma cea mai simplă, întîlnit la gîndirea copiilor ; este generat de o credinţă fermă şi sinceră, care refuză să fie tulburată. RIBOT consideră această credinţă ca o manifestare a instinctului de conservare. Raţionamentul justificativ este remediul îndoielilor. O variantă este reprezentată de raţionamentul de consolare, ca un remediu al durerii morale. Apare în toate împrejurările dramatice ale existenţei : boală, despărţire, decesul unei fiinţe dragi. Constă în punerea în valoare a unor stări din trecut sau din viitor, capabile să compenseze prezentul.

Raţionamentul mixt conţine un amestec variabil de logică afectivă şi logică raţională. Cu toate că rezultatul final este anticipat, el nu este acceptat decît atunci cînd a fost validat printr-o înlănţuire riguroasă de judecăţi.

303. **SENZAŢIE** (cf. fr. *sensation* : lat. *sensatio*) ● **Formă elementară, unimodală şi nemijlocită de reflectare a unor însuşiri simple şi separate ale stimulilor care acţionează asupra organelor de simţ.**

„Imaginile" senzoriale furnizează date elementare, reductive, privitoare la lumină, culoare, calităţi mecanice sau chimice, stări ale sistemului muscular sau ale viscerelor, sunet etc., care vor fi integrate în procesul percepţiei. La scara dezvoltării animale, senzaţia a apărut ca mod de semnalizare a unor însuşiri obiectuale vitale, diversificîndu-se la animalele superioare şi la om, prin diferenţierea receptorilor specializaţi, cu proiecţii diferite în scoarţa cerebrală.

Diferitelor categorii de analizatori le vor corespunde deci, diferite forme de senzaţii. Ch. SHERRINGTON împarte senzaţiile în senzaţii obţinute prin telereceptori (receptori de distanţă) sau prin receptori de contact, stimulul provenind prin intero-, extero- şi propriocepţie.

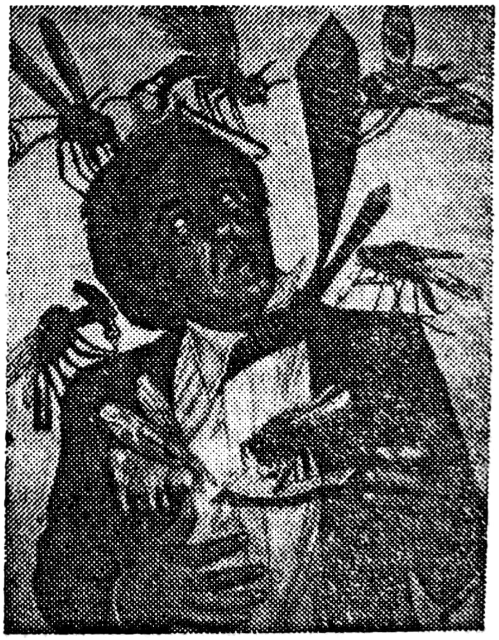
Reflectarea senzorială se produce numai între anumite limite de intensitate ale stimului, dincolo de care senzaţia nu este perceptibilă (sesizată). Minimul valorii stimulului la care e posibilă perceperea sa circumscrie pragul absolut al senzaţiei, iar minimul diferenţei perceptibile între două valori ale stimului definește pragul diferenţial. Intensitatea senzaţiei este invers proporţională cu pragurile senzoriale. Dincolo de legea intensităţii stimulilor, senzaţiile se mai supun şi altor legităţi, cum sînt : legea contracţiei, legea adaptării senzoriale, sensibilizarea, legea semnificaţiei, principiul interacţiunii energetice a analizatorilor. În lipsa unei stimulări supraliminare, senzaţiile nu sînt sesizate în mod curent.

Senzaţiile constituie fundamentul şi izvorul cunoaşterii.

Hiperestezia, hipoestezia, sinestezia reprezintă ipostaze ale alterării sensibilităţii generale sau a unei anumite modalităţi senzoriale, ca de altfel şi senzaţiile parazite, fosfenele şi fotopsiile, ca disocieri patologice ale structurărilor receptive, în care senzaţiile reprezintă elemente constitutive.

304. **SENZAŢIE SECUNDARĂ** ● Termen folosit de STODDART (1962) cu sensul de SINESTEZIE (→).

305. **SENZAŢII PARAZITE** ● Categorie de tulburări perceptuale descrise de GUIRAUD, constînd în apariţia de false senzaţii cu caracter elementar (scînteieri, zgomote, mirosuri urite etc.), recepţionate de subiect ca avînd calităţi estezice proprii şi o localizare precisă pe ecranul senzorial. Ele sînt produse de exci-



tanți anormali, acționînd fie pe căile senzitivo-senzoriale periferice, fie pe ariile corticale (inflamații, compresiuni, curent electric etc.). Senzațiile parazite apar rareori ca fenomene izolate, mai frecvent fiind corelate cu alte tulburări și urmărind oscilațiile timice ale subiectului. În opinia lui GUIRAUD, senzațiile parazite diferă de iluzii prin natura excitantului (fiziologic în cazul iluziilor) și de halucinații prin existența totuși a unui excitant (senzațiile parazite sînt secundare altui fenomen).

306. **SENZITIV ALTERN RAYMOND**$^{(S)}$ **sindrom** ● Sindrom protuberanțial, cel mai frecvent, de origine vasculară. Se caracterizează prin hemiplegie contralaterală, paralizie facială periferică homolaterală, paralizia nervului oculomotor extern, anestezia hemifeței paralizate și tulburări senzitive ale membrelor paralizate.

307. **SENZITIV DE RELAȚIE**$^{(D)}$ **delir** (cf. fr. *sensitif*) ● Delir definit ca entitate nosologică de către KRETSCHMER și încadrat de acesta în grupul dezvoltărilor patologice reactive, iar de alți autori în grupul delirurilor cronice sistematizate, ca o formă de paranoia.

Factorul hotărîtor în dezvoltarea unui delir senzitiv de relație este structura de personalitate senzitivă. Aceasta se caracterizează prin reactivitate de tip astenic, fatigabilitate, individul neputînd duce la bun sfîrșit o sarcină decît cu eforturi deosebite, incapacitate a realizării contactelor sociale, datorită timidității, tradusă prin lipsă de tact. Se pare că este vorba de o capacitate scăzută de exprimare a pulsiunilor și tendințelor și o elaborare îndelungată și amănunțită a trăirilor psihice. Subiectul este capabil de observații foarte nuanțate asupra lumii exterioare și interioare, își structurează un sistem etic foarte complex, cu numeroase scrupule ; de aceea, orice eșec este resimțit ca penibil, umilitor.

Este suficientă o „trăire cheie", care să rănească în locul cel mai sensibil imaginea despre sine, pentru ca subiectul să dezvolte un delir a cărui tematică izvorăște din evenimentul traumatizant. Temele delirante cel mai frecvent întîlnite sînt cele de persecuție (subiectul se crede disprețuit, urmărit, batjocorit) și de mărire. Are loc o dezvoltare concentrică, subiectul fiind în centrul evenimentelor organizate de cei din jur.

De obicei, comportamentul nu este influențabil. Evoluția este de luni sau ani, iar vindecările sînt puțin frecvente.

308. **SENZITIV — tip de personalitate** ● Categorie tipologică descrisă de KRETSCHMER, avînd următoarele caracteristici psihologice : vulnerabilitate, sensibilitate excesivă, observație acută a relațiilor sociale, interes acut pentru imaginea proprie în ochii celorlalți (pentru ceea ce spun ceilalți despre propria persoană), timiditate, anxietate, nesiguranță, în general, și în relațiile sexuale, în special, scrupulozitate, relații dependente.

Constituția senzitivă se întîlnește mai frecvent la nevroticii obsesionali, la nevroticii depresivi, la persoane care manifestă un delir senzitiv de relație.

După RIBOT, există trei subgrupe de senzitivi :

- umilii (sensibilitate exagerată, potențial energetic scăzut, limitare intelectuală, timiditate, teamă, reacții parțial inhibate);
- emoționalii (activism intermitent, sensibilitate pînă la impresionabilitate marcată, nivel intelectual bun sau foarte bun) ;
- contemplativii (activism scăzut, sensibilitate accentuată, inteligență pătrunzătoare).

309. **SENZITIVO-SENZORIAL**$^{(S)}$ **sindrom** → MORSIER$^{(S)}$ sindroame.

310. **SENZORIO-MOTORIE — inteligență** ● Inteligența senzorio-motorie caracterizează etapele inițiale în dezvoltarea copilului, etapa anterioară apariției limbajului, bazată pe coordonarea senzorio-motorie a acțiunilor. Termenul desemnează o formă a inteligenței care se manifestă în domeniul activităților motorii, deci ca o aptitudine specială, bazată însă pe elemente cognitive și mai ales senzoriale, pe o coordonare perfectă senzorio-motorie a acțiunilor. În ceea ce privește evoluția acestui tip de inteligență la copil, PIAGET descrie următoarele stadii :

- stadiul de reflexe ;
- stadiul formării primelor deprinderi ;
- stadiul de apariție a deprinderilor bazate pe diferențierea dintre scop și mijloc ;
- stadiul în care — făcîndu-se apel la mijloace cunoscute — se încearcă atingerea unui scop, independent de modalitatea în care se procedează ;
- stadiul de diferențiere a schemelor cunoscute, cu încercarea de a găsi noi mijloace pentru atingerea unor scopuri ;
- stadiul în care nu mai sînt utilizate numai tatonările exterioare pentru diferențierea schemelor, ci sînt folosite posibilități interioare de combinare, care duc la înțelegere.

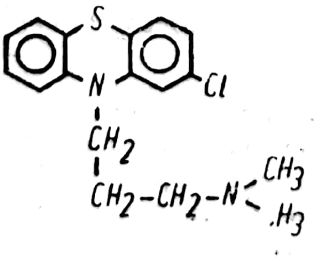
Raportînd un fenomen atît la aspectele senzoriale, cît și la activitatea motorie concomitent, se obţine un stereotip, iar prin asocierea celor două tipuri de fenomene — senzoriale şi motorii — se poate obţine un stereotip senzorio-motor. Acest stereotip senzorio-motor este, de regulă, utilizat în cadrul industriei sau, în general, în cazul în care este necesară manipularea unor dispozitive.

Noţiunea de test a fost utilizată iniţial de CATTELL (1890) cu referire la probele psihologice. Conform Asociaţiei Internaţionale de Psihotehnică, testul este o probă definită, ce implică îndeplinirea unei sarcini, identică pentru toţi subiecţii examinaţi ; această probă utilizează tehnici precise pentru aprecierea succesului sau a eşecului, printr-o evaluare numerică a rezultatelor. Proba utilizată poate necesita evidenţierea cunoştinţelor acumulate (teste pedagogice) sau evidenţierea funcţiilor senzorio-motorii sau mintale. Pentru evaluarea funcţiilor senzorio-motorii se utilizează, de regulă, aparate de tip stimul-răspuns, care măsoară reacţiile unui subiect, relaţia care se poate stabili între momentul percepţiei şi momentul de apariţie a răspunsului motor, modalitatea de a executa o sarcină simplă.

311. **SENZUALISM** (cf. fr. *sensualisme* : vezi lat. *sensualis* „sensibil") ● Teorie gnoseologică empiristă, care consideră că toate cunoştinţele provin, în ultimă instanţă, din simţuri, fiind reductibile la senzaţii. Senzualismul este compatibil cu interpretări ontologice opuse : dacă senzaţiile sînt privite ca reflectări ale realităţii obiective, orientarea senzualismului este materialistă (D'HOLBACH, HELVÉTIUS, FEUERBACH) ; dacă, dimpotrivă, este negat conţinutul reflectoriu al senzaţiilor, se ajunge la idealism subiectiv, care face din senzaţii elementele constitutive ale lumii (BERKELEY, MACH). Dacă se postulează existenţa realităţii obiective, negîndu-se însă caracterul reflectoriu al senzaţiilor, senzualismul ajunge la concluzii agnostice : imposibilitatea subiectului de a cunoaşte ceea ce stă dincolo de senzaţiile şi reprezentările sale (HUME).

În limbajul comun, desemnează înclinarea spre plăcerile simţurilor.

312. **SEPAMIN**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică, vago- şi simpaticolitică. Potenţează acţiunea anestezicelor, hipnoticelor şi analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.



313. **SEPARARE** (cf. lat. *separare* „a despărţi") ● Termen care se referă la acţiunea de îndepărtare, izolare sau despărţire.

În psihiatrie, separarea este legată, în primul rînd, de patologia psihică a copilului şi adolescentului, de fenomenul carenţei afective şi de etiopatogenia stărilor reactive (de intensitate fie nevrotică, fie psihotică) şi a nevrozelor.

Abandonul copilului, prin disociere familială, divorţ, deces al părinţilor sau prin boli invalidante, urmat de internare în cămine-orfelinat, baze de reeducare funcţională (pentru handicapaţi senzoriali, motori), sanatorii etc. sînt resimţite de acesta ca frustraţii, privaţiuni afective, antrenînd anxietatea, starea de insecuritate, diferite forme de agresivitate.

Anorexia mintală, nevrozele infantile, tulburările de comportament şi caracteriale sînt numai cîteva dintre consecinţele separării (reale sau imaginare) copilului de mamă, de familie sau de ambianţa securizantă a căminului familial.

La adulţi, divorţul, decesul unuia dintre partenerii cuplului conjugal, emigrarea, despărţirea temporară sau definitivă de persoanele şi obiectele familiale conduc la fenomene de regresiune, diminuarea instinctului vital, descalificare profesională, dezvoltarea de simptome nevrotice sau deteriorarea stării psihofizice.

Tendinţa de separare de grupul social, ipostaziază condiţia bolnavului psihic autist (schizoid, schizofren), suspicios, interpretativ (paranoia, paranoid), delirant sau oligofren.

Alteori, separatismul este impus de grup, aşa cum se întîmplă în cazul respingerii şi izolării bolnavului psihic de către ceilalţi, de o colectivitate intolerantă sau cu mentalităţi învechite.

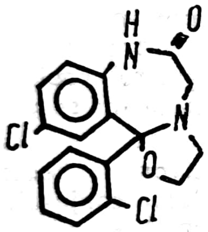
314. **SEPARARE PRECOCE** (cf. lat. *separare* „a despărţi" ; *praecox* „timpuriu") ● Situaţie de separare sau pierdere a unei persoane apropiate (divorţul sau decesul părinţilor, rupturi afective etc.) la o vîrstă precoce (pînă la 15 ani), incriminată de unii autori (W. DISCHER, A. HAYNAL) în apariţia ulterioară a depresiei nonpsihotice. Se vorbeşte de o conjunctură care, la bolnavii depresivi, se regăseşte, pe de o parte, în situaţiile de separare din copilărie şi, pe de altă parte în

cele survenite la virsta adultă. Relația între primul aspect și rupturile afective ulterioare din viața adultă se verifică, mai ales, la depresivi (nevrotici).

Autorii citați oferă două interpretări posibile ale acestor observații: cea psihanalitică (compulsia de repetiție), în virtutea căreia vulnerabilitatea specifică îi împinge pe depresivi să repete situația de separare la virsta adultă; cea în care se consideră că repetiția la virsta adultă a traumatismului suferit în copilărie facilitează ecloziunea depresiei la adult.

Se insistă asupra importanței pe care o prezintă luarea în considerare a mai multor secvențe de evenimente din viața depresivului nevrotic, atunci cînd se apreciază rolul separărilor precoce și impactul lor asupra manifestărilor ulterioare ale depresiei și altor boli psihice.

315. **SEPAZON**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Cloxazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-11b-(0-clorofenil)-2,3,



7,11b-tetrahidro-oxazolo/3,2-d//1,4/benzodiazepină-6(5H)-onă, cu acțiune anxiolitic-sedativă și miorelaxantă.

316. **SEPONSQUE**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorofenil)-4-hidroxi-piperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare ce tip incisiv → BUTIROFENONE.

317. **SERAL**$^{(M)}$ Italia — DCI *Pecazină* ● Neuroleptic, derivat piperidilalkilfenotiazinic de tip 10-/(1-metil-3-piperidil)metil/fenotiazină, cu acțiune anxiolitic-sedativă asemănătoare cu cea a produsului românesc TIORIDAZIN$^{(M)}$.

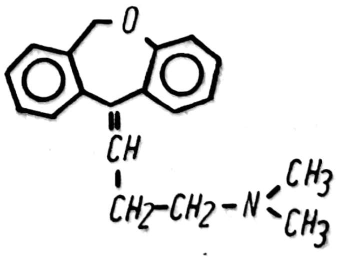
318. **SERAX**$^{(M)}$ Canada, SUA — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină. Are o acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (patru ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM$^{(M)}$.

319. **SERAZONE**$^{(M)}$ Australia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{sin.}$ CLORDELAZIN$^{(M)}$ România.

320. **SERBSKY Vladimir Petrovici** (1855—1917) ● Psihiatru rus. Studiază fizica și medicina. În 1883, după absolvire, este reținut în cadrul Universității din Moscova, iar din 1887, lucrează în Clinica de psihiatrie din Moscova, unde, în 1903, va deveni profesor. Contribuie la apariția „Jurnalului de neuropatologie și psihiatrie", fiind primul redactor șef al acestei reviste. Publică lucrări privind psihozele acute și psihozele toxice. Este preocupat de probleme de psihiatrie medico-legală, fiind autorul primului tratat de acest gen din Rusia: „Psihopatologia judiciară", apărut între anii 1895—1900.

321. **SERCINAMIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive; este un marcat hipotensor.

322. **SERECAN**$^{(M)}$ Coreea; **SINEQUAN**$^{(M)}$ Anglia, Elveția, Franța, Italia, Olanda, SUA; **SINQUAN**$^{(M)}$ Danemarca, Elveția, Germania — DCI *Doxepin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic, de tip N,N-dimetildibenz/b,e/oxepin-$\Delta^{11(6H)}\gamma$-propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie, fapt pentru care este apreciat de unii autori drept un bun anxiolitic, cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN$^{(M)}$.



323. **SEREEN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

324. **SEREISKI Marc** (1885—1957) ● Psihiatru rus. Elev al lui GANNUŞKIN, conduce din 1925 catedra de psihiatrie a Institutului de Defectologie din Moscova. Între 1930 şi 1935 este profesor de psihiatrie la Universitatea din Rostov, iar din 1935 conduce catedra de psihiatrie a Centrului de Perfecţionare a Medicilor din Moscova, precum şi sectorul de terapie experimentală al Institutului de Psihiatrie al Ministerului Sănătăţii. Preocupările sale sînt legate atît de metodele de tratament, cît şi de elaborarea unor instrumente de lucru privind evaluarea eficacităţii acestora.

Dintre lucrările sale mai importante pot fi citate : „Tratat de psihiatrie" — în colaborare cu A. GUREVICI — (1924), „Noi metode de diagnostic şi tratament în epilepsie" (1945), „Terapia bolilor psihice" (1948).

325. **SEREISKI**$^{(S)}$ **sindrom** ● Sindrom care reuneşte trei semne : abulia, adinamia şi aspontaneitatea, caracterizînd tabloul psihic din afecţiunile proliferative ale lobului frontal.

326. **SEREN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON$^{(M)}$ România.

327. **SERENACE**$^{(M)}$ Anglia, Olanda ;
SERENASE$^{(M)}$ Danemarca, Italia
SERENELF$^{(M)}$ Belgia, Portugalia
— DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorofenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

328. **SERENACK**$^{(M)}$ Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

329. **SERENADE**$^{(MC)}$ Spania ● Produs terapeutic ce conţine trei medicamente tipizate, cu aceeaşi acţiune, care se complementează :

● NITRAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
● MEPROBAMAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic ;
● DIAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acţiune anxiolitic-sedativă şi miorelaxantă.

330. **SERENAL**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON$^{(M)}$ România.

331. **SERENAL**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Oxazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-2,3,7,11b-tetrahidro-2-metil-11b-feniloxazol/3,2-d//1,4/benzodiazepin-6-(5H)-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică şi anxiolitică. Are o bună toleranţă şi o singură contraindicaţie : miastenia.

332. **SERENAL**$^{(M)}$ Portugalia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OXAZEPAM$^{(M)}$ România.

333. **SERENAMIN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi nu are efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea „un mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

334. **SERENAMIN**$^{(M)}$ Ungaria — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

335. **SERENESIL**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Etclorvinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 1-clor-3-etil-1-penten-4-in-3-ol, cu acţiune sedativ-hipnotică, miorelaxantă şi anticonvulsivantă. Este indicat în nevroze anxioase şi cenestopate, afecţiuni psihosomatice.

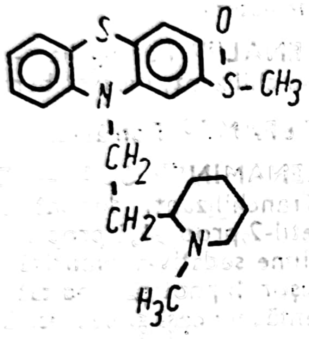
336. **SERENEX**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3—dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.

337. **SERENID-D**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OXAZEPAM$^{(M)}$ România.

338. **SERENITAS**$^{(M)}$ Spania — DCI *Trimetozină* ● Tranchilizant cu structură chimică particulară clasei, de tip 4-(3, 4, 5-trimetoxibenzoil)morfolină, cu acțiune anxiolitică și sedativă. Nu are valențe miorelaxante ; nu influențează reflexele conducătorilor auto, fiind recomandabil în tratamentul ambulator.

339. **SERENIUM**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică. Are o singură contraindicație : miastenia.

340. **SERENTIL**$^{(M)}$ Canada, SUA — DCI *Mesoridazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil)etil/-2-(metilsulfinil)-fenotiazină, cu bună acțiune sedativă și efecte secundare modeste, fapt ce-i conferă o largă utilizare. Unii autori îl consideră situat la limita dintre neuroleptice și tranchilizante.



341. **SERENZIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

342. **SEREPAX**$^{(M)}$ Danemarca, Grecia, Norvegia, Suedia, Turcia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OXAZEPAM$^{(M)}$ România.

343. **SEREPRILE**$^{(M)}$ Italia — DCI *Tiapridă* ● Psihotrop, derivat benzamidic de tip N-/2-(dietilamino)etil/-5-(metilsulfonil)-0-anisamidă, indicat în diskinezii iatrogene (dopaminice, neuroleptice), coree și stări coreice. Efectele secundare sînt rare : somnolență, hipotensiune, amenoree.

344. **SERESTA**$^{(M)}$ Belgia, Elveția, Franța, Olanda — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OXAZEPAM$^{(M)}$ România.

345. **SERFIN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

346. **SERGÉTYL**$^{(M)}$ Elveția, Franța — DCI *Etimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/3-(dimetilamino)-2-metilpropil/-2-etilfenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe antiemetice și anxiolitice.

347. **SERICE — accidente** (cf. lat. *serum* „zer") ● Manifestări determinate de administrarea parenterală a unor substanțe cu potențial alergogen.

În afara tulburărilor neurologice, cutanate, respiratorii, reacțiile serice pot fi însoțite de tulburări psihice, manifestate prin stări confuzionale sau bufee delirante. Sub tratament corespunzător au o evoluție scurtă.

348. **SÉRIEL**$^{(M)}$ Franța — DCI *Tofisopam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1-(3,4-dimetoxifenil)-5-etil-7,8-dimetoxi-4-metil-5H-2,3-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică și ușor psihostimulentă. Nu are efecte sedativ-hipnotice, fiind un tranchilizant diurn cu o bună toleranță.

349. **SÉRIEUX Paul** (1864—1947) ● Psihiatru francez. Studiază medicina la Paris, fiind elev al lui MAGNAN. În 1886, își susține

Paul Sérieux

teza privind anomaliile instinctului sexual. Preocupat de problema alcoolismului, a psihopatiilor maligne şi a modului de organizare a asistenţei medicale, călătoreşte în Italia, Grecia, Elveţia. Introduce în Franţa noua clasificare a bolilor psihice a lui KRAEPELIN şi noţiunea de demenţă precoce. În 1909, împreună cu CAPGRAS, descrie DELIRUL ESENŢIAL DE INTERPRETARE. Publică o serie de lucrări privind asistenţa medicală psihiatrică în secolul al XVII-lea şi al XVIII-lea, aducînd elemente inedite.

350. **SÉRIEUX-CAPGRAS(S) sindrom** — sin. DELIR ESENŢIAL DE INTERPRETARE ● Descris de SÉRIEUX şi CAPGRAS în 1909, acest sindrom se caracterizează prin interpretarea delirantă a realităţii, bolnavul dînd o interpretare personală şi tendenţioasă evenimentelor petrecute în jurul său. Tematica delirantă capătă o organizare în reţea, delirul de interpretare rezultat astfel îmbrăcînd aspectul unui mozaic de idei. Se întîlneşte în schizofrenie, psihoze paranoide, presbiofrenie etc.

351. **SERODIAGNOSTIC** (cf. lat. *serum* „zer"; gr. *diagnosis* „discernămînt") ● Diagnostic serologic, utilizat în psihiatrie în cazul diagnosticului pozitiv al paraliziei generale progresive şi al diagnosticului diferenţial.

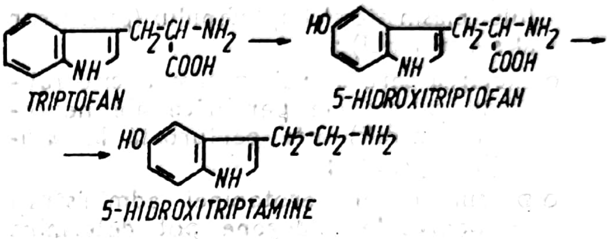
352. **SEROLFIA(M)** SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SERFIN(M) SUA.

353. **SEROTONINĂ** (cf. engl. *serotonin*) (5-hidroxi-triptamina) ● Indolamină izolată, în 1937, de ERSPARMER din celulele cromafine din intestin, serotonina a fost recunoscută abia în 1957 (BRODIE) ca neurotransmiţător, rol prin care este implicată în activitatea nervoasă superioară. În prezent, nu are aplicaţii terapeutice concrete în psihiatrie.

Sinteza substanţei parcurge etape succesive, pornind de la triptofan (aminoacid esenţial), şi necesită prezenţa enzimelor triptofan-5-hidroxilaza şi 5-hidroxi-triptofan-DOPA-decarboxilaza, precum şi a piridoxalfosfatului cu rol catalizator. Catabolismul serotoninei se realizează sub acţiunea unei monoaminooxidaze, metabolitul rezultat fiind acidul 5-hidroxiindolacetic, eliminat prin urină. Distribuţia substanţei în organism este diferită, în funcţie de ţesut: 1% în sistemul nervos central, 9% în trombocite şi restul în celulele argentafine sau enterocromafine din intestin. Bariera hematoencefalică este impermeabilă pentru serotonină, ceea ce duce la concluzia că substanţa se sintetizează şi la nivel cerebral.

Căile serotoninergice din sistemul nervos central — precizate prin tehnici de imuno- şi histofluorescenţă — îşi au originea în nuclei ai rafeului din trunchiul cerebral, de unde se distribuie ascendent spre hipotalamus, corpii striaţi, cerebel, cortex, iar descendent spre măduvă.

Acţiunea serotoninei se realizează prin intermediul receptorilor specifici cerebrali. Au fost identificate două tipuri de receptori serotoninergici, ambele prezente şi în sistemul nervos central: $5HT_1$ şi $5HT_2$.



BIOSINTEZA 5-HIDROXITRIPTAMINEI

Distribuţia largă a căilor serotoninergice în sistemul nervos central şi numeroasele lor conexiuni conduc spre ipoteza că serotonina este implicată în funcţii nervoase complexe, prin mecanisme necunoscute încă. Se presupune astfel intervenţia neurotransmiţătorului în controlul activităţii motorii, în transmiterea informaţiilor somestezice, vizuale şi auditive, în procesele de învăţare şi memorizare, în reglarea ritmului nictemeral, în procesele psihoafective. Aceste ipoteze funcţionale au ca punct de plecare conexiunile căilor serotoninergice cu măduva, structurile neostriate, sistemul limbic, trunchiul cerebral (V. RANGA).

Au fost, de asemenea, sugerate interacţiuni între activitatea căilor serotoninergice şi sistemul noradrenergic, precum şi interacţiuni între activitatea neuropeptidelor şi serotonină.

Mecanismul de acţiune al serotoninei la nivel neuronal şi muscular presupune intervenţia guanozin-monofosfatului ciclic (GMPc) şi a adenozin-monofosfatului ciclic (AMPc). La nivel central, determină hiperpolarizarea membranelor celulare, prin creşterea conductanţei membranare pentru potasiu, ceea ce are drept consecinţă o activitate puternic inhibitoare.

Interferenţele serotoninei cu procesele de reglare a timiei, cu somnul, cu procesele de memorizare, precum şi cu manifestările psihopatologice caracteristice schizofreniei sînt confirmate de date experimentale. Astfel, LANGJAERDE emite ipoteza unei hipoactivităţi serotoninergice în depresie, pe baza următoarelor observaţii :

- reserpina, care reduce nivelul serotoninei cerebrale, poate determina apariţia stărilor depresive ;
- inhibitorii de monoaminooxidază şi antidepresivele triciclice cresc activitatea serotoninergică şi catecolaminergică ; la unii pacienţi depresivi, au fost constatate niveluri reduse ale acidului 5-hidroxi-indolacetic (metabolit al serotoninei) în lichidul cefalorahidian şi reducerea nivelului plasmatic al triptofanului (precursor al serotoninei) ;
- captarea serotoninei în trombocite (utilizate ca modele periferice ale neuronilor centrali) este perturbată la pacienţii depresivi ;
- precursori ai serotoninei administraţi în depresiile endogene pot determina ameliorarea timiei.

S-au constatat, de asemenea, influenţe semnificative ale serotoninei asupra somnului. În condiţii normale, serotonina induce somnul lent, iar administrarea triptofanului accentuează acest efect. Leziuni ale nucleilor de origine ai căilor serotoninergice sau utilizarea paraclorfenil-alaninei pentru blocarea sintezei de serotonină din triptofan produc insomnie.

Deficitul central de serotonină produce tulburări similare unor forme de schizofrenie, iar la schizofrenici, nivelul serotoninei în sistemul nervos central este scăzut, ceea ce confirmă interferenţa substanţei cu procesele psihoafective. Pe de altă parte, LSD-ul, drog halucinogen, este — din punct de vedere chimic — o serotonină metilată, ceea ce justifică una dintre ipotezele neurochimice a etiologiei schizofreniei : prezenţa unei anomalii genetice ce ar determina un proces de metilare anormală a neuromediatorului.

Performanţele mnezice par a fi ameliorate prin administrarea de 5-hidroxi-triptofan, fără a exista însă precizări dacă această ameliorare este consecinţa unei acţiuni directe sau este rezultatul stimulării procesului de eliberare a acetilcolinei.

Se menţionează, de asemenea, interferenţe farmacologice cu activitatea serotoninergică. Astfel, LSD-ul blochează receptorii specifici ai serotoninei, declanşînd efecte postsinaptice diferite ; în mod similar, metisergidul are efect blocant postsinaptic ; aportul de precursori (L-triptofan şi L-5 hidroxitriptofan) stimulează activitatea serotoninergică ; aceeaşi acţiune o au antidepresivele serotoninergice (amitriptilina, clomipramina, citalopram, indalpin), care diminuează recaptarea substanţei, în timp ce inhibitorii de monoaminooxidază împiedică metabolizarea ei.

Aprecierea activităţii serotoninergice se poate realiza prin dozarea acidului 5-hidroxi-indolacetic în lichidul cefalorahidian, dozarea triptofanului plasmatic şi studiul proceselor de captare şi concentrare a serotoninei la nivel plachetar.

354. **SERP$^{(M)}$; SERPALAN$^{(M)}$; SERPALOID$^{(M)}$** SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptice sedative, derivaţi alcaloizi de Rauwolfia $\xrightarrow{sin.}$ **SERPASIL$^{(M)}$** SUA.

355. **SERPAMAT$^{(MC)}$** Turcia ● Produs terapeutic ce conţine două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, care se complementează :

- **RESERPINĂ$^{(M)}$** — **neuroleptic, derivat** de Rauwolfia ;
- **MEPROBAMAT$^{(M)}$** — **tranchilizant, derivat propandiolic.**

Are acţiune **sedativ-anxiolitică.**

356. **SERPASIL$^{(M)}$** Anglia, Austria, Belgia, Canada, Elveţia, Finlanda, Franţa, Grecia, Italia, Iugoslavia, Japonia, Portugalia, Germania, SUA, Suedia, Turcia — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

357. **SERPASOL$^{(M)}$** Spania
SERPATE$^{(M)}$ SUA
SERPAX$^{(M)}$ Canada
SERPEDIN$^{(M)}$ Suedia ;
SERPENA$^{(M)}$ SUA
SERPENTIL$^{(M)}$ Iugoslavia
SERPIN$^{(M)}$ Portugalia
SERPIPUR$^{(M)}$ Austria
SERPONE$^{(M)}$ Canada
SERTINA$^{(M)}$ SUA

— DCI *Reserpină* ● Neuroleptice sedative, derivaţi alcaloizi de Rauwolfia $\xrightarrow{sin.}$ SERPASIL$^{(M)}$ SUA.

358. **SERPATONIL$^{(MC)}$** Elveţia ● Produs terapeutic ce conţine două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, care se complementează :

- **RESERPINĂ$^{(M)}$** — **neuroleptic, derivat** de Rauwolfia ;
- **METILFENIDAT$^{(M)}$** — **psihostimulent,** derivat **feniletilaminic.**

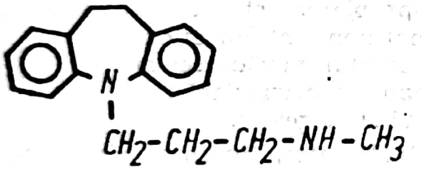
Are acţiune **sedativ-anxiolitică.**

359. **SERPAX**$^{(M)}$ Italia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (patru ore) ; acţiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM$^{(M)}$.

360. **SERPININ**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

361. **SERTABS**$^{(M)}$ SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SERPASIL$^{(M)}$ Franţa.

362. **SERTOFREN**$^{(M)}$ Ungaria — DCI *Desipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-/3-(metilamino)propil/-5H-dibenz/b,f/azepină, metabolitul activ al IMIPRAMINEI, cu efecte şi indicaţii similare, dar cu acţiune mai rapidă cu 2—5 zile. Are contraindicaţiile timolepticelor. Nu se administrează concomitent cu IMAO.



363. **SERTÜRNER Friedrich Wilhelm** (1783—1841) ● Farmacist german. A practicat farmacia la Eimbeck şi Hamlen, publicînd o serie de lucrări printre care cea despre „acidul sulfovinic". În 1805 a descris izolarea din opiu a unui produs alcalin, iar în 1817 a făcut o prezentare completă a sărurilor acestei noi baze, pe care a denumit-o „morfina". Morfina a fost prima „bază vegetală" descrisă, descoperirea ei deschizînd seria studiilor privind chimia alcaloizilor.

364. **SERVICII LIBERE** (cf. lat. *servitium*) — sin. SERVICII DESCHISE ● Formă de organizare a asistenţei psihiatrice, constînd în lăsarea în libertate a bolnavilor în interiorul pavilioanelor şi al instituţiei spitaliceşti (toate uşile sînt deschise). A reprezentat un mare progres în modul de înţelegere a conceptului de boală psihică şi bolnav mintal, în contextul istoric respectiv. Evenimentul a fost, fără îndoială, pregătit de valul de umanitarism declanşat de Revoluţia franceză (1789). Punînd capăt tratamentelor inumane şi pledînd pentru o terapie cu fundament ştiinţific, PINEL a devenit, în 1792, simbolul „eliberării nebunilor".

ESQUIROL a fost purtătorul ideii că agentul terapeutic principal al bolilor psihice îl reprezintă „casa pentru alienaţi", fundamentînd astfel schimbările ce aveau să se producă în concepţia despre îngrijirea bolnavilor psihic : construirea de stabilimente în care durata şederii să nu depăşească 24 de luni (1818), emiterea de legi (1838) care să reglementeze internarea bolnavului mintal.

După cum observă şi H. RICHOU, ulterior, progresele au fost lente chiar în Franţa, ţara care a inaugurat „scoaterea alienaţilor din lanţuri", astfel că, de-abia în 1936, „gardianul de azil devine infirmier psihiatric".

Pe acest fundal, A. POROT organizează, în 1911, la Tunis, primul serviciu liber de psihiatrie şi apoi E. TOULOUSE, la Spitalul Sante Anne, un centru de profilaxie a bolilor mintale, care va deveni Spitalul Henri-Roussel, serviciu liber şi spital în acelaşi timp.

Trebuie remarcat că, spre deosebire de alte ţări, la noi în ţară, chiar din epoca feudală, cînd îngrijirea bolnavilor psihic era legată de aşezămintele mînăstireşti, tratamentul, deşi empiric, nu atingea aspectele inumane întîlnite în Europa medievală şi existau chiar dispoziţii legale mai vechi privind responsabilitatea penală a pacienţilor (Pravilele lui MATEI BASARAB — 1652).

În zilele noastre, a vorbi despre servicii libere sau deschise reprezintă un fapt de la sine înţeles. Ele nu mai sînt astăzi menţionate decît pentru a sublinia contrastul creat de unele instituţii, care, din păcate, mai continuă să amintească, prin modul lor de construcţie şi organizare de vechile aşezăminte azilare.

365. **SERVICII TELEFONICE DE ASISTENŢĂ (TELEPHON COUNSELING)** ● Serviciu telefonic menit să acorde asistenţă în probleme psihiatrice ; este un tip de intervenţie specializată care îşi are originea în SUA, încă din anii '50. Scopul iniţial al acestor servicii era prevenirea sinuciderilor. Ulterior, pe măsură ce reţeaua s-a extins cu bune rezultate, s-au dezvoltat posturi directe pentru anumite categorii de populaţie (adolescenţi, bătrîni, devianţi sexual) sau pentru anumite probleme (droguri, alcoolism, probleme familiale). Multe din reţelele de asistenţă telefonică funcţionează cu ajutorul unor voluntari, obţinînd

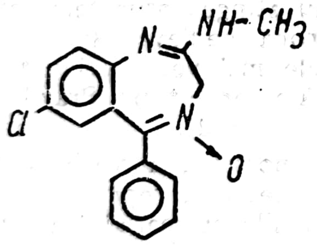
rezultate remarcabile nu numai din punct de vedere psihoterapeutic (susţinere, orientare), ci şi în ceea ce priveşte modificarea imaginii publice asupra bolii mintale.

Astfel de reţele telefonice au apărut în ultimele decenii şi în multe ţări europene, rămînind însă circumscrise la problemele legate de prevenţia sinuciderii (Franţa, Ceho-Slovacia, Ungaria, Suedia etc.).

366. **SERVIPRAMINE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu spectru larg de acţiune, incluzînd depresia endogenă ; în psihoze, este posibilă şi se recomandă asocierea lui cu neuroleptice bazale. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze, minimum trei luni, în psihoze, şase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.

367. **SERVITUS**$^{(M)}$ Elveţia — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxant-sedativă şi moderat anxiolitică. Are o bună toleranţă.

368. **SERVIUM**$^{(M)}$ Israel — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepină-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.



369. **SERVOMECANISM** (cf. lat. *servare* „a supraveghea, a menţine" ; gr. *mechane* „maşină") ● Dispozitiv de conducere şi reglare destinat menţinerii randamentului optim al unui sistem în proporţiile, la capacitatea sau în direcţia dorite.

Reglarea funcţiilor endocrine, a capacităţii de adaptare situaţională, a capacităţii de învăţare-memorizare etc. poate fi considerată ca fiind sub incidenţa unor „servomecanisme".

370. **SET** (cf. fr., engl. *set*) ● Grup sau mulţime de obiecte sau fenomene care îndeplinesc o condiţie dată. În psihologie, se vorbeşte despre seturi de probe, în sensul de probe cu o anumită specificitate în investigarea unei anumite funcţii psihice sau tulburări psihopatologice bine delimitate.

Ca „predispoziţie" structurală a percepţiei sau motricităţii, preexistentă unei stimulări sau unui act motor, care urmează o secvenţializare temporară specifică, s-au descris setul perceptiv şi motor.

Setul perceptiv oferă posibilitatea de percepţie a mediului după o anumită strategie individualizată.

Setul motor este reprezentat de capacitatea specifică de reacţie musculară (G. WILSON, 1987), legată probabil de aşa-numitul „set neural", adică de sensibilizarea desfăşurării unui anumit act reflex.

371. **SETE** (lat. *sitis*) ● Senzaţie subiectivă, produsă de dorinţa conştientă de a ingera apă. Are un rol deosebit de important în reglarea homeostaziei mediului intern.

Stimulii care produc senzaţia de sete pot proveni de la diverse niveluri :

- osmoreceptorii hipotalamici, situaţi în apropierea structurilor secretoare de hormon antidiuretic ;
- aparatul cardiovascular ;
- zona orofaringiană ;
- tubul digestiv.

Centrul setei, localizat în hipotalamus, integrează stimulii sosiţi din aceste zone şi influenţează secreţia de hormon antidiuretic, pe de o parte, declanşînd, pe de altă parte, ingestia de lichide. Corelaţia anatomo-funcţională dintre hipotalamus şi cortexul cerebral transformă stimulii în senzaţie conştientă, determinînd ingestia de apă. Pe de altă parte, participarea corticală determină particularităţile individuale ale comportamentului şi condiţionarea ingestiei de apă.

Stările afectiv-emoţionale influenţează, de asemenea, prin intermediul sistemului limbic, senzaţia de sete.

Angiotensina II, acţionind la nivel central, stimulează mecanisme adrenergice, determinînd un efect dipsogen central (EXARCU), efect blocat de antagonişti ai catecolaminelor. Cercetări experimentale au demonstrat că agenţii colinergici şi beta-adrenergici introduşi în hipotalamus au efect dipsogen, în timp ce agenţii alfa-adrenergici inhibă ingestia de lichide, ca şi betablocantele.

Un rol deosebit de important în declanşarea senzaţiei de sete îl au aferenţele orofaringiene, care însă nu reuşesc să asigure controlul echilibrului hidric, deşi secreţia salivară diminuează cantitativ în stările de deshidratare. Astfel, diminuarea secreţiei salivare are drept consecinţă uscăciunea mucoaselor orofaringiene, ceea ce declanşează „reflexul gurii uscate" al lui CANNON şi ingestia de apă.

Importanţa glandelor salivare în declanşarea senzaţiei de sete este demonstrată farmacologic, atropina producînd senzaţie de sete prin reducerea secreţiei salivare, în timp ce pilocarpina are efecte inverse. Se explică astfel de ce drogurile care au şi efecte secundare anticolinergice determină uscăciunea accentuată a mucoasei orofaringiene şi o impetuoasă senzaţie de sete. O astfel de acţiune au neurolepticele, antidepresivele triciclice, inhibitorii de monoaminooxidază. Aceste efecte secundare pot avea drept consecinţă ingestia masivă de apă, ceea ce determină creşterea volemiei şi deci suprasolicitarea cordului. Se impune deci o supraveghere atentă a pacienţilor cu antecedente cardiovasculare. Se menţionează (D. COSTA), de asemenea, polidipsia pacienţilor trataţi cu săruri de litiu, consecinţă a poliuriei induse de drog.

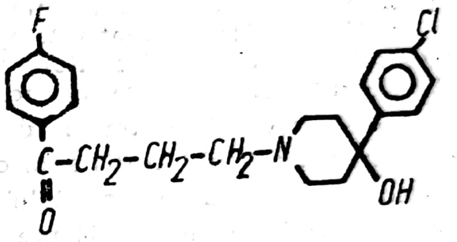
Indicator eficient al stării de hidratare a organismului, senzaţia de sete poate prezenta tulburări în cursul unor afecţiuni somatice şi psihice. Există, astfel, o polidipsie psihogenă, determinată de influenţele corticale asupra centrilor hipotalamici. Bolnavii ingerează cantităţi mari de lichide, indiferent de starea de hidratare. Varianta exagerată a polidipsiei este potomania. Diminuarea senzaţiei psihice de sete, care poate merge pînă la adipsie, este caracteristică stărilor precomatoase şi comatoase de diferite etiologii, leziunilor hipotalamice, dar şi afecţiunilor psihice care alterează starea de conştienţă.

372. **SETRAN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă".

373. **SETTIMA**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică şi sedativă, uşor hipnotică. Nu se administrează în sarcină.

374. **SEVINOL**$^{(M)}$ Belgia, Franţa;
SEVINON$^{(M)}$ Japonia, SUA — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

375. **SEVIUM**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorofenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant sedative, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.



376. **SEVRAJ** (cf. fr. *sevrage*: vezi lat. *separare* „a despărţi") ● Termen care are două accepţiuni:

● Starea afectivă a copilului determinată de ablactare, care produce o importantă modificare a relaţiilor lui cu mama. Modul inadecvat, brutal sau tardiv al ablactării poate fi cauza unor modificări ulterioare (balbism sau întîrzierea apariţiei limbajului, enurezis, tulburări comportamentale etc.). Sevrajul trebuie făcut progresiv şi cu tact, evitînd disconfortul afectiv al copilului, care se adaptează treptat noului tip de relaţii.

● Modificarea complexă a stării psihice şi fizice rezultată din întreruperea forţată sau, mai rar, voluntară, a consumului drogului de către toxicomani. Gravitatea acestei stări depinde de gradul de dependenţă faţă de drog.

Sevrajul „forţat" apare atunci cînd toxicomanul este nevoit să se interneze în spital, pentru o afecţiune intercurentă sau în urma unui accident, sau atunci cînd nu mai are nici o posibilitate de a-şi procura droguri.

Debutul manifestărilor de sevraj la alcoolic se situează în primele şapte zile de la întreruperea consumului, manifestîndu-se prin apariţia tremorului mîinilor, limbii, pleoapelor, simptome la care, ulterior, se adaugă: senzaţii de greaţă, vomă, hipersimpaticotonie cu tahicardie şi hipertensiune arterială, hipotensiune arterială în ortostatism, instalarea unei echilibrului hidric, deşi secreţia salivară diminuează cantitativ în stările de deshidratare. Astfel, diminuarea secreţiei salivare are drept consecinţă uscăciunea mucoaselor orofaringiene, ceea ce declanşează „reflexul gurii uscate“ al lui CANNON şi ingestia de apă.

Importanţa glandelor salivare în declanşarea senzaţiei de sete este demonstrată farmacologic, atropina producînd senzaţie de sete prin reducerea secreţiei salivare, în timp ce pilocarpina are efecte inverse. Se explică astfel de ce drogurile care au şi efecte secundare anticolinergice determină uscăciunea accentuată a mucoasei orofaringiene şi o impetuoasă senzaţie de sete. O astfel de acţiune au neurolepticele, antidepresivele triciclice, inhibitorii de monoaminooxidază. Aceste efecte secundare pot avea drept consecinţă ingestia masivă de apă, ceea ce determină creşterea volemiei şi deci suprasolicitarea cordului. Se impune deci o supraveghere atentă a pacienţilor cu antecedente cardiovasculare. Se menţionează (D. COSTA), de asemenea, polidipsia pacienţilor trataţi cu săruri de litiu, consecinţă a poliuriei induse de drog.

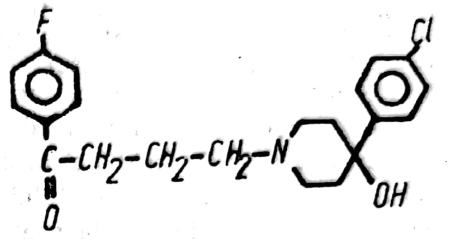
Indicator eficient al stării de hidratare a organismului, senzaţia de sete poate prezenta tulburări în cursul unor afecţiuni somatice şi psihice. Există, astfel, o polidipsie psihogenă, determinată de influenţele corticale asupra centrilor hipotalamici. Bolnavii ingerează cantităţi mari de lichide, indiferent de starea de hidratare. Varianta exagerată a polidipsiei psihice este potomania. Diminuarea senzaţiei de sete, care poate merge pînă la adipsie, este caracteristică stărilor precomatoase şi comatoase de diferite etiologii, leziunilor hipotalamice, dar şi afecţiunilor psihice care alterează starea de conştienţă.

372. **SETRAN$^{(M)}$** Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă“.

373. **SETTIMA$^{(M)}$** Argentina — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică şi sedativă, uşor hipnotică. Nu se administrează în sarcină.

374. **SEVINOL$^{(M)}$** Belgia, Franţa; **SEVINON$^{(M)}$** Japonia, SUA — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

375. **SEVIUM$^{(M)}$** Grecia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorofenil)-4-hidroxipiperidin/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant sedative, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.



376. **SEVRAJ** (cf. fr. *sevrage*: vezi lat. *separare* „a despărţi“) ● Termen care are două accepţiuni:

● Starea afectivă a copilului determinată de ablactare, care produce o importantă modificare a relaţiilor lui cu mama. Modul inadecvat, brutal sau tardiv al ablactării poate fi cauza unor modificări ulterioare (balbism sau întîrzierea apariţiei limbajului, enurezis, tulburări comportamentale etc.). Sevrajul trebuie făcut progresiv şi cu tact, evitînd disconfortul afectiv al copilului, care se adaptează treptat noului tip de relaţii.

● Modificarea complexă a stării psihice şi fizice rezultată din întreruperea forţată sau, mai rar, voluntară, a consumului drogului de către toxicomani. Gravitatea acestei stări depinde de gradul de dependenţă faţă de drog.

Sevrajul „forţat“ apare atunci cînd toxicomanul este nevoit să se interneze în spital, pentru o afecţiune intercurentă sau în urma unui accident, sau atunci cînd nu mai are nici o posibilitate de a-şi procura droguri.

Debutul manifestărilor de sevraj la alcoolic se situează în primele şapte zile de la întreruperea consumului, manifestîndu-se prin apariţia tremorului mîinilor, limbii, pleoapelor, simptome la care, ulterior, se adaugă: senzaţii de greaţă, vomă, hipersimpaticotonie cu tahicardie şi hipertensiune arterială, hipotensiune arterială în ortostatism, instalarea unei stări de depresie și anxietate care se accentuează progresiv, iritabilitate extremă, agitație, insomnii. În lipsa intervenției terapeutice prompte și adecvate se ajunge la accidente subacute (predelirium) sau acute (delirium tremens).

Toxicomanii care folosesc opiumul și derivații acestuia (morfină, heroină), la cîteva ore după încetarea consumului, prezintă semne de hipersimpaticotonie cu hipertensiune, hipersudorație, lăcrimare, rinoree, vomismente, tulburări respiratorii, midriază, piloerecție, febră, algii diverse, mai ales la nivelul sistemului mio-osteo-articular, stare de anxietate care se accentuează progresiv, agitație, manifestări isteriforme. Neintervenția terapeutică se poate solda cu colaps circulator, sincopă mortală. Pentru evitarea acestor accidente majore, se indică administrarea drogului. Oricît de dramatică ar fi situația și oricît tragism ar conține implorările pacientului, postaccident de sevraj trebuie evitată prescrierea unei rețete care să conțină drogul respectiv.

Starea de sevraj a barbituromanilor este asemănătoare celei descrise în cazul alcoolismului.

Întreruperea consumului amfetaminelor la cei care folosesc acest drog conduce la o hipertonie simpatică, depresie, fatigabilitate accentuată, insomnie, disconfort cenestezic global.

Sevrajul în scop terapeutic — cura de sevraj — se face la cererea subiectului (în cazuri destul de rare), care apelează la ajutor medical fie din cauza imposibilității de a-și mai procura droguri, fie din cauza gravelor probleme sociale și familiale pe care le provoacă toxicomania. Alteori este vorba de cererea adresată de subiectul aflat, din diverse motive, sub incidența legii. În mai toate cazurile însă, sinceritatea cu care este făcută această cerere este îndoielnică.

Cura terapeutică de sevraj se face numai în mediul spitalicesc specializat, dotat cu mijloace de reanimare corespunzătoare. Subiectul trebuie izolat complet, supravegheat continuu, pentru a preveni procurarea prin diverse mijloace a drogului și pentru a împiedica apariția elementelor majore de sevraj.

Metodele acestei cure sînt diferite: fie întreruperea bruscă și brutală a drogului, în situația în care starea somatică a pacientului o permite și există toate posibilitățile de prevenire a accidentelor grave (colaps), fie scăderea progresivă a dozelor, care poate fi rapidă (jumătate din doza inițială în fiecare zi, astfel încît, în aproximativ cinci zile, să se ajungă la sevrajul complet) sau mai lentă. Ameliorarea fenomenelor de sevraj se face prin folosirea tranchilizantelor (Meprobamat) sau a neurolepticelor. Atunci cînd este cazul, se intervine și cu terapia de susținere a funcțiilor cardiorespiratorii.

Autorii italieni propun o metodă numită de „anihilare“, constînd în aplicarea a 2—3 ședințe de electroșocuri pe zi, timp de 3—7 zile, contîndu-se pe faptul că amnezia postcură cuprinde și amintirea drogului. Brutalitatea metodei face ca ea să fie puțin acceptată.

Cura de sevraj a alcoolicului face parte din tratamentul complex al dezalcoolizării (→ ALCOOLISM).

Pentru dezintoxicarea de opiacee, autorii anglo-saxoni recomandă să se utilizeze, ca antagonist al morfinei, naloxanul, superior ca durată de acțiune nalorfinei. În general, cura de dezintoxicare prin înlocuirea drogului este puțin acceptată în prezent, întrucît, de fapt, ea înlocuiește o toxicomanie cu alta.

În perioada curei, dar mai ales în perioada de convalescență, psihoterapia are un rol esențial, posibilitatea recidivării fiind un pericol greu de evitat.

377. SEVRAJ LA ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI CU NEUROLEPTICE ● Consecințe de ordin somatic și psihiatric, produse de întreruperea tratamentului cu neuroleptice.

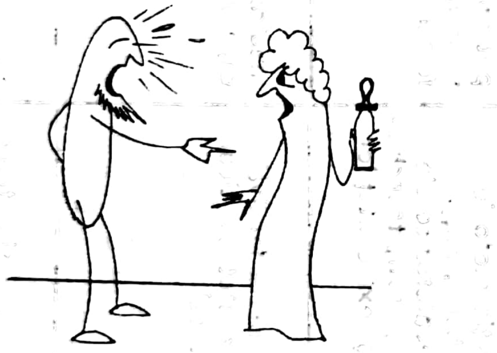
După cum recomandă G. GARDOS și G. LAURY (1980), atunci cînd psihiatrul consideră că a venit momentul potrivit suprimării unui neuroleptic, el trebuie să-și ia toate precauțiile pentru a evita, pe cît posibil, apariția sechelelor: reducerea progresivă a dozei și supravegherea atentă a pacientului. Dacă acesta se află în același timp și sub medicație antiparkinsoniană, administrarea acesteia va fi prelungită un timp după suprimarea medicației neuroleptice (aproximativ două săptămîni).

După autorii citați, efectele sevrajului neuroleptic ar fi următoarele:

TABEL CLXXXIII

Tipul sindromului	*Debut*	*Simptome*	*Factori asociați*	*Evoluție*	*Tratament*
Sindroame somatice	de obicei, în primele 3 zile	greață, vomă, agitație, insomnie, transpirații	frecvență crescută la fenotiazine și la anticolinergice (CDZ, TRZ)	simptomele dispar în 1—3 săptămîni	tranchilizantele sau anticolinergicele sînt rareori necesare
Simptome extrapiramidale : ● Parkinsonism	în cursul primelor 2 săptămîni	rigiditate, tremor, akinezie	nu se produc decît dacă antiparkinsonienele sînt și ele suprimate	ameliorare progresivă	tratament de scurtă durată
● Diskinezie de sevraj	de obicei, în cursul primei săptămîni	agitație motorie (akatisie), mișcări coreoatetozice ale feței, gurii, trunchiului și extremităților	pot apărea mai tîrziu și dura mai mult la femei	rezoluție spontană ; în general, remisiune totală	ocazional, sedative sau tranchilizante
● Diskinezie marcată	în cursul primelor 6 săptămîni	diskinezie tardivă (coreoatetoză, ticuri, grimase)	medicație antipsihotică, vîrstă etc.	variabilă, poate dispărea, persista sau agrava	cazuri ușoare (fără tratament) ; cazuri grave (medicamente colinergice, eventual asociate cu agoniști ai dopaminei)
Decompensare psihotică	de obicei, în cursul celor 12 luni care urmează remisiei	agravarea simptomelor psihice	suprimarea brutală, doze mari	tinde să persiste și să se agravaze	reluarea tratamentului cu neuroleptice

378. **SEVRAJ — complex/RETRAGERE — complex** ● Complexe care au la bază traumatismul sevrajului, considerat de FREUD ca primul traumatism psihopatologic „de retragere“; şocurile de sevraj au fost observate şi de RANK (acesta vorbeşte, mai ales, de traumatismul naşterii). LAFORGUE, FERENCZI enumeră cîteva momente ale detaşării copilului de personajele parentale şi de familie în genere: deprinderile de curăţenie, intrarea în şcoală, renunţarea la onanismul infantil — şocuri succesive, asociate sevrajului, care, în manifestarea lor, repetă modalităţile sevrajului. Ele pot genera, în măsura în care nu sînt soluţionate şi integrate, un complex de sevraj. Naşterea, ca şi sevrajul reprezintă o separare (mai mult sau mai puţin brutală) de mamă; iniţial, separarea este fiziologică; ulterior ea se continuă şi sub alte aspecte. Un sevraj neacceptat determină manifestări simptomatice (sugerea frenetică a degetului, înghiţirea alimentelor solide fără a fi mestecate, refuzul de a bea laptele din ceaşcă, refuzul alimentelor solide; bîlbîiala, ca simptom supradeterminat, curiozităţile interzise, fetişismul). Acelaşi traumatism de sevraj nerezolvat (în sensul că nu a fost depăşit, copilul păstrînd încă vestigiile sale) generează teamă, angoasă pusă pe seama întunericului (întunericul este, de fapt, doar un pretext); copilul acuză această angoasă pentru a atrage atenţia asupra lui, pentru a obţine apropierea maternă de care a fost sevrat. Angoasa separării de mamă trimite, în plan profund, la traumatismul naşterii. Copiii inventează singuri jocuri numite de specialişti jocuri de sevraj (hrănirea păpuşilor sau a animalelor cu biberonul, hrănirea fraţilor mai mici sau dorinţa, intens exprimată, de a-i hrăni cu biberonul), jocuri ce reprezintă punerea în scenă a traumatismului nedepăşit; astfel, copilul se eliberează şi complexul se rezolvă.



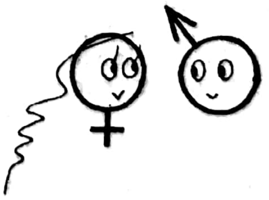
În plan caracterial, cea mai semnificativă trăsătură pentru un complex de sevraj este aviditatea (exemplu: o persoană care doreşte un lucru şi nu suportă să nu-l aibă imediat, deşi, în mod conştient, acel lucru nu reprezintă o necesitate). Această aviditate poate îmbrăca forma unei ambiţii arzătoare, pe care însăşi persoana o suportă greu, ambiţie datorată unui sevraj tardiv (complexul de sevraj poate avea la origine fie sevrajul prematur, fie sevrajul tradiv). În sevrajul prematur, consecinţele apar sub forma incapacităţii de a se adapta la situaţii noi, incapacitate ce se manifestă în diverse moduri, mai mult sau mai puţin deghizate (de la suptul degetului, roaderea unghiilor şi a creioanelor, la frica de întuneric, anumite tentative spectaculare, refuzul de a merge la şcoală etc.). Aşadar, persoana reclamă situaţia veche şi o refuză pe cea nouă. În sevrajul tardiv, suptul se instalează ca o atitudine ce se păstrează paralel cu dezvoltarea unei vieţi psihologice complexe, astfel încît persoana nu poate să renunţe la acest act sau la acte care-l semnifică, îl simbolizează; ea dezvoltă o aviditate „nostalgică şi ambiţioasă“, la care nu poate să renunţe. Această aviditate greu de împlinit (întrucît se bazează pe principiul „tot sau nimic“) poate trece în abandon, în dorinţa de a muri („totul“ înseamnă a trăi, „nimic“ înseamnă a renunţa, deci a muri). Dorinţa de moarte este aici extrema cealaltă, inversul ambiţiei. Nu este vorba numai de complexul de sevraj; ambiţiile spectaculare, aspiraţiile exacerbate, dorinţa absolută de a avea tot trimit, de asemenea, la narcisism accentuat. Complexul naşterii şi complexul de sevraj — mai exact: traumatismul naşterii şi traumatismul sevrajului — provoacă dorinţa inconştientă de „reîntoarcere în sînul matern“, la o etapă anterioară de satisfacţii orale precoce; ulterior, ele pot da crize de adaptare în orice situaţie nouă („şocuri de trecere“), prin dificultatea de acceptare a sevrajului, de rupere a dependenţei. Alte fenomene specifice acestei categorii de probleme sînt fenomenele de recul psihologic (complexul retragerii, după Ch. BAUDOUIN). Se disting (după autorul citat) două modalităţi de recul: regresiunile (reactualizări parţiale, reminiscenţe ale unor comportamente proprii stadiilor anterioare) şi introversiunile (retragerea de la acţiune, cu refugiu în sine). Complexul retragerii se constituie din tendinţe şi tentative de fugă, evitare, regresie, supunere, avînd la bază dorinţa inconştientă de reîntoarcere la copilărie. Există cupluri de tendinţe contrarii şi complementare: dominare-supunere, atac-fugă, sadism-masochism; componentele pasive ale acestor cupluri stau la baza complexului de retragere. Regresia care se instalează în urma sentimentului de a fi abandonat poate determina dificultăţi intelectuale aparente ; același sentiment al părăsirii determină, în unele cazuri, forme de regresiune morală, exprimată printr-o reîntoarcere la stadiul sadic-anal (copilul devine murdar, rău, neglijent, dezordonat mincinos, agresiv). Atitudinile sau, mai precis, manifestările periodice și secvențiale de introversiune pot reprezenta, și ele, modalități ale retragerii (introversiunea, ca fapt psihologic, nu este patologică, ea favorizînd, în cazuri normale, o viață interioară bogată). Introversiunea semnificativă pentru un complex al retragerii presupune : refugiul, evitarea contactului social, căutarea unui adăpost sau a unui loc resimțit ca adăpost. Tendințele de refugiu răspund unor trebuințe vitale, ca și tendințele de atac și risc ; numai dacă ele sînt exagerate se poate aprecia că derivă dintr-un complex (de exemplu, micile manii de securitate, care generează, ulterior, obsesii ; insomnia, care poate însemna, în unele cazuri, o modalitate de autoprotecție împotriva pericolelor ce ar amenința o ființă adormită ; sau retragerea excesivă într-o activitate intelectuală, activitate ce conferă, simultan, prestigiu și protecție împotriva problemelor vieții concrete ; în toate aceste cazuri, este vorba de deformări ale manifestărilor și nu de manifestări normale). Introversiunea, care poate dezvolta viața interioară și calitățile intelectuale, poate provoca, în măsura în care se exacerbează, regresie afectivă puternică, pînă la narcisism ; detașarea progresivă de obiect angajează subiectul în centrarea asupra sa. Există raporturi profunde între narcisism și „reîntoarcerea la sînul matern" ; de pildă, introiectarea obiectului matern (proces inconștient) sfîrșește prin detașarea exterioară de acest obiect, care acum se află în interiorul persoanei, este încorporat, fapt ce determină centrarea acțiunii asupra propriei persoane. Dezinteresul pentru lumea exterioară, deprecierea realului și refugiul în sine provoacă, în cele din urmă, o supraestimare iluzorie, o credință (cu caracter magic) în atotputernicia ideilor și a simțămintelor proprii (raporturile dintre magie și narcisism, semnalate de FREUD). Narcisismul extrem reprezintă, în ultimă analiză, etapa finală a retragerii și a renunțării, a izolării de lume ; dincolo de această etapă nu mai poate exista decît moartea.

379. **SEX** (cf. lat. *sexus* „sex") ● Ansamblul structurat al caracteristicilor morfologice, genitale, gonadice, gonoforice, somatice, hormonale, cromozomiale, nucleare, psihice și sociale care diferențiază bărbatul de femeie.

Se pot defini astfel :

- sexul civil — pe baza unui examen morfologic exterior al nou-născutului ;
- sexul genital — care presupune prezența penisului la bărbat și a vulvei la femeie ;
- sexul gonadic — în funcție de caracterele sexuale primitive și de existența gonadelor tipice : testicul la bărbat și ovar la femeie ;
- sexul gonoforic — determinat după caractere sexuale primare, ce presupun existența veziculelor seminale, a canalelor ejaculatoare, a prostatei — la bărbați și a trompelor, oviductelor, uterului, vaginului — la femeie ;
- sexul somatic — stabilit pe baza măsurătorilor antropometrice, a caracterelor sexuale secundare ;
- sexul hormonal — care presupune dozarea hormonilor androgeni și estrogeni ;
- sexul cromozomial — care, în mod normal, respectă formula XX la femeie și XY la bărbat ;
- sexul nuclear — prezența corpusculului Barr la femeie și apariția nesemnificativă ca frecvență a acestuia la bărbat ;
- sexul social — constituit pe baza statutului și rolului social adoptat de individ, în concordanță sau în contradictie cu sexul civil ;
- sexul psihic — definit prin ansamblul trăsăturilor temperamentale, comportamentale, caracteriale, care pot fi consecința factorilor biologici, dar care se constituie prin istoria individuală și influența factorilor socio-culturali și educaționali.

Sexul psihic nu vizează o diferențiere netă a sexelor (asa cum se întîmplă în cazul analizei factorilor biologici), ci doar o predominanță a caracterelor specifice unui sex. Sexul psihic se constituie prin integrarea armonioasă sau conflictuală a caracterelor heterosexuale. Din acest motiv, dezvoltarea caracterelor heterosexuale este necesară din punctul de vedere al normalității psihice individuale, al normalității fiziologice si sociale.



Educația actuală vizează reducerea unor diferențe stabilite arbitrar, din motive sociale sau religioase, intre bărbat şi femeie şi eliberarea potenţialităţilor heterosexuale, creatoare şi umanizante. În evoluţia individuală, adoptarea caracterelor psihice sau a aspectelor formale ale sexului opus este adesea rezultatul unui mecanism de apărare pus în acţiune de un Eu care nu-şi asumă rolul impus de un sex biologic. Această alegere, care se poate manifesta în forme patologice variate (deviaţii sexuale, homosexualitatea etc.), este sau nu influenţată de predispoziţii genetice, cromozomiale, nucleare sau hormonale.

Evoluţia normală spre genitalitate, care presupune un sex biologic şi psihic asumat în armonie cu Eul şi cu realitatea, a fost descrisă de psihanaliză în stadii caracterizate de pulsiuni parţiale, zone erogene şi relaţii obiectuale specifice. Depăşirea normală a acestor stadii duce la organizarea pulsiunilor parţiale sub primatul zonei genitale şi nu presupune doar maturizare morfofuncţională, ci şi normalitate psihică. Fixaţiile, mecanismele de apărare patogene sînt responsabile de tulburări în dinamica sexuală şi psihică. Stadiile oral, anal, falic şi de latenţă corespund tipului sexual infantil, fără caracteristici sexuale secundare dezvoltate. Stadiul genital include pubertatea şi adolescenţa şi se finalizează sau nu în tipul adult, complet sexualizat ortoandric sau ortoginic, în tipul genital (ideal).

Factorii care influenţează această evoluţie sînt: biologici, psihologici şi de istorie individuală, sociali şi normativ-axiologici, aflaţi intr-o strînsă interdependenţă. Abordarea mitologică (zeităţile feminine simbolizînd fecunditatea: Astar, Ceres, Isis, şi zeităţile masculine, prin care falusul capătă semnificaţia de aspiraţie şi înălţare: Apollo, Jupiter), abordarea metafizică (de exemplu, în filozofia chineză Yiang şi Yin sînt principii constitutive universale), abordarea psihologică (vezi proporţia de animus şi anima, de suflet feminin şi suflet masculin în psihismul uman, stabilită de JUNG, invidia penisului, descrisă de FREUD sau protestul viril, descris de ADLER etc.), antropologia culturală, analiza sociologică aduc date care conturează portretul ideal Masculin şi Feminin, alcătuit nu din forţe opuse, ci din caracteristici complementare. Masculinul este reprezentat prin: soare, cer, viaţă, fulger, lumină, foc, sănătate, înălţare, rezistenţă, raţionalitate, agresivitate, expansiune, activitate. Femininul este reprezentat prin: Pămînt, Lună, noapte, somn, cufundare, pasivitate, receptivitate, adaptabilitate, toleranţă, sentimentalism, intuiţie, estetism, tandreţe, maternitate (→ ADOLESCENŢĂ, AMOR, ANIMA, ANIMUS, BISEXUALITATE, EROTISM, FEMINITATE, HOMOSEXUALITATE, MASCULINITATE, PERVERSIUNE, PUBERTATE, SEXUALITATE, STADII LIBIDINALE, VIRILITATE).

380. **SEX-ROL** ● Atitudini, trăsături personale şi seturi de atribute pe care o cultură (sau cel puţin marea majoritate a membrilor ei) le defineşte ca fiind specifice fiecărui sex.

Asimilarea şi dezvoltarea sex-rolului face parte din procesul de socializare; unii psihologi, considerînd că nu se pot stabili relaţii directe între sexul biologic şi sex-rolul cultural, susţin că ar fi mai firesc să se folosească termenul de sex în dihotomizarea relaţiei biologice masculin/feminin şi cel de gen-rol pentru sublinierea faptului că rolul nu este controlat în primul rînd biologic, ci social.

Sex-rol-stereotipurile sînt concepte legate de diferenţierea sex-rolurilor, care sînt aplicate ca reguli majorităţii femeilor şi bărbaţilor. În civilizaţiile industriale avansate, sex-rol-stereotipurile sînt constituite din caracteristici similare în mai multe ţări:

TABEL CLXXXIV

Feminin	*Masculin*
— afectiv	— raţional
— emotiv	— neemotiv
— slab fizic	— puternic fizic
— dependent	— independent
— pasiv	— activ
— amabil	— agresiv
— casnic	— ocupaţii extracasnice
— bune mame	— deschis spre ştiinţă

Importanţa sex-rol-stereotipurilor constă în faptul că mulţi oameni aşteaptă din partea celorlalţi să acţioneze conform propriului lor sex-rol-stereotip şi că mulţi indivizi folosesc sex-rol-stereotipurile ca indici de evaluare standardizată a propriei persoane. Tipul experienţelor de viaţă la care indivizii sînt expuşi este, de asemenea, strîns legat de sex-rol-stereotipurile sociale (de exemplu, alegerea şi practicarea unei profesii). Nu toţi psihologii sînt de acord asupra faptului că tradiţionalele sex-rol-tipuri şi dezvoltarea cunoaşterii şi atitudinilor care rezultă din existenţa lor sînt rezonabile şi naturale. S. BEM a subliniat că excesiva utilizare a sex-rol-atributelor de către societate constrîng indivizii să formeze și să utilizeze stereotipuri bazate pe sex. Sex-stereotipurile nu reflectă însă realitatea: spre exemplu, stereotipul femeii casnice, al mamei de preșcolar neîncadrate în activitate sau al femeii lucrînd în sectoare auxiliare este puternic contrazis de datele privitoare la forța de muncă în orice stat industrializat.

Pentru a explica felul în care se face asimilarea sex-rolului de către copil, sînt oferite trei modele psihologice, care au o bază teoretică diferită:

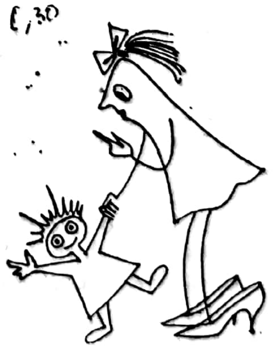
- teoria psihanalitică afirmă că identificarea copilului cu părintele de același sex este un mecanism defensiv, a cărui motivație, în concepția freudiană, este „frica de castrare“ pentru băieți și frica pentru pierderea dragostei pentru fete;
- învățarea socială subliniază existența a trei mecanisme diferite în însușirea sex-rolurilor și sex-rol-stereotipurilor:
  - educația directă: copiii sînt învățați să se îmbrace și să se comporte într-un mod specific propriului sex și, de asemenea, să descopere lipsa de concordanță a modelelor comportamentale cu propriul sex;
  - aprecierea directă a adulților este un alt mijloc de învățare;
  - observarea de modele este ultimul mecanism de învățare socială.

Se poate sublinia, conform acestui punct de vedere, rolul important pe care îl au părinții ca modele, mai ales la copilul mic. Procesul de asimilare a sex-rolului are o fază inițială, cînd ambele sex-roluri sînt învățate atît de copilul feminin, cît și de cel masculin, și, ulterior, o fază de prelucrare a informației, obținută prin studierea a numeroase modele masculine și feminine și a diferențelor comportamentale dintre ele. Abstractizarea și generalizarea observațiilor la propriul sex conturează comportamentul copilului care așteaptă, în principiu, recompense pentru acele conduite adecvate sexului propriu și pedepse pentru cele neadecvate (D. PERTY, K. BUSSEY, 1979). Se pare că băieții sînt mai rapizi în excluderea modelelor „feminine“ din comportamentul lor;

- teoriile cognitive subliniază rolul pe care procesele cognitive, mai mult decît mediul, îl au în dezvoltarea sex-rolului. L. KOHLBERG propune un model ale cărui etape sînt: identificarea sexuală (la aproximativ trei ani, copilul știe să deosebească propriul sex și al celorlalți); constanța sexului (la 6—7 ani, copilul înțelege că sexul nu se schimbă); consolidarea Eului cu autosocializarea în sex-roluri adecvate cultural.

Este unanim acceptat că, în diferențierea sex-rolurilor, impactul factorilor sociali este mult mai mare decît al factorilor biologici. Identitatea de gen sau orientarea genului reflectă percepțiile particulare ale indivizilor despre ei înșiși, în raport cu sexul care li se atribuie. O identitate de gen anormală este atribuită în special bărbaților, care ies din tiparele culturale adecvate sex-rolurilor lor și astfel pot fi ușor observați (transvestiții, transsexualii, homosexualii). Unii autori sînt de părere că, în desfășurarea unei vieți normale, trebuie să existe o armonizare între sexul biologic și sex-rol-stereotipurile culturale, exprimată de identitatea de gen.

O serie de studii au arătat posibilitatea transferării la copil a modelului comportamental de sex opus (dacă acest transfer are loc pînă la vîrsta de 18 luni). Copiii care pînă la această vîrstă nu au o identitate de gen stabilă au adesea ulterior importante probleme psihologice.



La aproximativ doi ani, copilul învață să se încadreze în raport cu sexul, dar în jurul vîrstei de trei ani, el încă nu poate deosebi strict sexul celorlalți indivizi. Ulterior, ajunge treptat să înțeleagă stabilitatea genului, după ce trece printr-o perioadă în care crede că sexul se poate schimba, odată cu trecerea timpului, după voință. La aproximativ șapte ani, copiii înțeleg consistența genului, adică faptul că sexul nu se schimbă odată cu schimbarea numelui, vestimentației sau comportamentului, iar între șapte și nouă ani, înțeleg că sexul unei persoane este definit de aspectul exterior al organelor genitale. După această vîrstă, pînă la sfîrșitul primelor clase elementare, copiii cunosc majoritatea aspectelor privitoare la sex-roluri și a tiparelor culturale legate de gen.

Atitudinile și comportamentele legate de sex-roluri diferă în diverse perioade ale vieții copilului, adolescentului și adultului, sexul masculin fiind mai înclinat spre acceptarea unor sex-stereotipuri.

Din punct de vedere psihopatologic, există, pe de o parte, tulburări provocate de dificultățile de însușire a sex-rolurilor, iar pe de altă parte, o influență patoplastică a acestora asupra simptomatologiei și sindromologiei psihice, în tulburări în special din sfera afectivă (R. VRASTI, 1988).

381. **SEXISM** (cf. lat. *sexus*) ● Orientare care promovează teoria inegalității între sexe, aducînd argumente în favoarea superiorității sexului masculin. Acest curent a fost prezent în diferite științe : în biologie, psihologie, sociologie.

Faptul că există o psihologie sau o patologie psihosomatică feminină trebuie interpretat numai ca o manifestare specifică, și nu ca un handicap sau ca o premisă defavorabilă.

Unele curente din sociologia contemporană reiau problema sexismului, aducînd argumente „genetice“ și susținînd că orice știință care explorează diferențele biologice dintre bărbat și femeie ar putea fi considerată „sexistă“. Nu argumentele în sine, ci orientarea lor în vederea demonstrării inegalității constituie premisa falsă a acestui tip de demonstrație.

382. **SEXOLOGIE** (cf. lat. *sexus* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs“) ● Ramură a medicinei care se ocupă cu studierea fenomenelor referitoare la sexualitate. Mult timp pe nedrept repudiată, sexologia începe să se dezvolte la sfîrșitul secolului al XIX-lea, sub influența studiilor lui KRAFFT-EBING și HAVELOCK-ELLIS.

Apariția și dezvoltarea psihanalizei determină o modalitate nouă de abordare a sexologiei, permițînd atît înțelegerea faptului că și sexualitatea poate suferi influențe ambientale, cît și rediscutarea explicațiilor care considerau perversiunile sexuale ca anomalii constituționale (→ SEXUALITATE).

383. **SEXPOL** ● Organizație creată de REICH (reprezentantul curentului pan-genitalist în psihanaliză), în 1931, în Germania, în scop de educație și informare sexuală a tinerilor (mitinguri, conferințe, consultații). Organizația a avut, în Germania, între 20 000–40 000 de aderenți.

384. **SEXUAL — proces de socializare** ● Evoluția sexualității de la stadiile sexualității infantile la stadiul sexualității adulte, proces care, din punct de vedere social, presupune învățarea unor coduri, reguli, ce reglementează comportamentul sexual. În general, procesul de socializare a instinctelor se implică în procesul dezvoltării. Individul dobîndește mijloace de comunicare, deprinderi, scheme și sisteme de acțiune specifice cadrului spațio-temporal, care constituie mediul său de viață (→ DEZVOLTARE, SOCIALIZARE, MEDIU ; SEXUALITATE).

385. **SEXUALĂ — delincvență** → DELINCVENȚĂ ; PERVERSIUNE ; PERSONALITATE DIZARMONICĂ ; SEXUALITATE.

386. **SEXUALĂ — economie** ● Repartiția energiei sexuale în diferite zone erogene, mai mult sau mai puțin specifice, pe parcursul dezvoltării stadiilor libidinale, repartiție modificată în funcție de depășirea acestor stadii sau de posibile fixații la un stadiu sau altul. (→ SEXUALITATE ; STADII ALE DEZVOLTĂRII ; PRINCIPIUL ECONOMIEI ; ENERGIE).

387. **SEXUALĂ — educație** (cf. lat. *sexus* „sex“) ● Educație privind aspectele vieții sexuale, avînd ca scop informarea individului asupra vieții sexuale, din punct de vedere biologic, psihologic și sexual. Au existat opinii ale unor pedagogi (unele dintre acestea au derivat din afirmațiile și observațiile lui MAKARENKO) conform cărora nu ar fi nevoie de o educație sexuală specială, dezvoltarea individului determinînd în mod firesc alegerile și conduitele sale în satisfacerea instinctului sexual. Aceste opinii nu și-au dovedit valabilitatea, necesitatea unei educații sexuale fiind general recunoscută de specialiști, dar, încă, aplicată necorespunzător. Educația sexuală pregătește individul pentru relația sa cu sexul opus, astfel încît această relație să nu provoace dezechilibru, să nu fie o relație traumatizantă, în special în perioada ei de debut. H. GRASSEL distinge următoarele noțiuni :

- educația sexuală, în sensul larg, reprezintă procesul pregătirii adolescenților pentru întîlnirea cu sexul opus, pregătire ce constă în transmiterea de cunoştinţe şi în orientarea lor spre anumite moduri de comportare, atitudini, convingeri ;

- educaţia sexuală, în sens restrîns, reprezintă modelarea personalităţii adolescentului, avînd drept consecinţă formarea unui sistem de valori şi norme (sistem atitudinal), referitor la relaţia cu sexul opus şi la propria sexualitate ;
- instruirea sexuală, în sens restrîns, reprezintă transmiterea de informaţii privind propriul corp, funcţiile genitale şi raporturile dintre sexe.

Din ştiinţa pedagogică derivă pedagogia sexuală, disciplină care se ocupă cu educaţia sexuală a adolescenţilor (scopuri, metode, mijloace, forme ale educaţiei sexuale). Sarcina educaţiei sexuale revine specialiştilor în pedagogia sexuală, dar într-o anume măsură, şi profesorilor. Evident, educaţia sexuală ar trebui făcută şi de părinţi, în cadrul familiei. Un aspect important aici ar fi nu atît nivelul de pregătire al adulţilor în ceea ce priveşte problemele sexualităţii, cît îndepărtarea reţinerii pe care o resimt adulţii (fie ei profesori, părinţi, educatori), legată de problemele sexuale. Această reţinere, sau evitare, este de natură nevrotică şi poate crea conflicte în relaţia cu tinerii. Părinţii şi profesorii, care se tem să se confrunte cu problemele sexuale puse de generaţia tînără, se tem de fapt de propriile lor probleme sexuale, ei nu au integrat propria lor experienţă sexuală şi este foarte probabil ca această experienţă să fi fost, în întregime sau parţial, o experienţă traumatizantă.

Enumerăm aici cîteva din formele educaţiei sexuale :

- discuţia faţă în faţă (de tip counselling, în cadrul familiei sau cu educatorul) poate fi iniţiată de adult sau solicitată de adolescent ; adultul va fi atent să înlăture cît mai mult posibil echivocul ce se poate crea într-o astfel de discuţie ;
- discuţia în grup — formă de educaţie sexuală folosită în şcoală ; grupele de discuţie vor fi constituite din persoane de ambele sexe, vor fi omogene ca vîrstă, limita inferioară de vîrstă fiind 8—9 ani (după H. GRASSEL) ;
- conferinţa, modalitate largă de informare, prezintă dezavantajul că nu permite stabilirea unor relaţii interpersonale ; pe de altă parte, auditoriul, de obicei heterogen, pune întrebări care pot provoca o discuţie de grup condusă de conferenţiar ; conferinţa se ilustrează cu tabele, grafice, diapozitive ;
- filmul, documentar sau artistic, are o influenţă formativă prin stimularea emoţională, prin evidenţierea unor aspecte psihologice şi morale privind relaţiile dintre sexe ; filmul poate oferi variante de soluţii în rezolvarea problemelor de natură erotică ; el poate constitui o temă pentru discuţia faţă în faţă sau discuţia în grup (analiza relaţiilor dintre sexe din cadrul unei întîmplări, analiza motivelor partenerilor, a evoluţiei relaţiei, a modalităţilor de finalizare) ;
- expoziţia, metodă de informare, va folosi ilustrări adecvate în ceea ce priveşte problemele de educaţie şi igienă sexuală şi va evita prezentările şocante.

Temele privind problemele sexuale se subordonează, în opinia lui H. GRASSEL, grupelor de vîrstă după cum urmează :

- *Probleme social-morale* :
  - societate, căsătorie, familie (11—16 ani şi 16—18 ani) ;
  - morală, societate, relaţii sexuale (11—16 ani şi 16—18 ani) ;
- *Probleme generale privind viaţa sexuală şi raporturile sexuale* :
  - relaţii părinţi-copii în familie (8—11 ani) ;
  - informaţii privind geneza şi naşterea copilului (8—11 ani) ;
  - maturizare sexuală (11—16 ani) ;
  - problemele privind abstinenţa sexuală (11—16 ani) ;
  - relaţiile dintre adulţi de sexe opuse şi dintre fete şi băieţi (8—11 ani şi 11—16 ani) ;
  - probleme legate de prietenie şi dragoste (11—16 ani) ;
  - organismul uman şi funcţionarea sa unitară, psihologică şi fiziologică, în sfera sexuală (11—16 ani şi 16—18 ani) ;
  - specificul sexualităţii masculine şi feminine (16—18 ani).
- *Probleme legate de anatomia şi fiziologia vieţii sexuale* :
  - structura şi funcţia organelor genitale (8—11 ani şi 11—16 ani) ;
  - menstruaţia şi igiena menstruaţiei (8—11 ani şi 16—18 ani) ;
  - procrearea şi conceperea (8—11 ani) ;
  - prevenirea conceperii (16—18 ani) ;
  - problemele sarcinii (11—16 ani) ;
  - problemele masturbaţiei, în special pentru băieţi (11—16 ani).
- *Abateri legate de viaţa sexuală, probleme speciale* :
  - atentatul la pudoarea copiilor (8—11 ani) ;

- devieri de la conduita sexuală normală: homosexualitatea masculină și feminină, pederastia, sadismul, masochismul (16—18 ani);
- bolile venerice (11—16 ani);
- impotenta (16—18 ani);
- frigiditatea (16—18 ani).

388. **SEXUALĂ — nevroză** • Ansamblu de tulburări nevrotice cu localizare predominantă în sfera sexualității (de exempu, tulburări de dinamică sexuală). În general, orice nevroză implică tulburări ale sexualității, nu atît în sensul funcționării genitale, cît în sensul în care teoria și experiența psihanalitică înțeleg sexualitatea (ansamblu de excitații și activități manifestate din copilărie, avînd drept scop obținerea plăcerii și fiind ireductibile la o trebuință fiziologică bazală) (→ NEVROZĂ; PSIHANALIZĂ; SEXUALITATE; STADII LIBIDINALE).

389. **SEXUALE — terapii** (cf. fr. *sexuel*: vezi lat. *sexus*) • Complex de tehnici terapeutice și psihoterapeutice, care abordează problematica legată de disfuncțiile sexuale ale individului și/sau cuplului. În acest complex se includ metodele de educație și informare sexuală, tratament specific (de obicei, prin terapie comportamentală) și terapia de cuplu și de grup. Unul dintre principiile esențiale ale acestor terapii este acela de a trata nu numai individul separat, ci cuplul (în cazul unei impotențe masculine de sorginte psihică, nu este suficient a trata numai pacientul, ci este necesar și să fie instruită și sfătuită partenera).

Pionierii terapiei sexuale adresate cuplului au fost MASTERS și JOHNSON, ei susținînd teoria conform căreia un cuplu cu disfuncții sexuale trebuie tratat ca un cuplu terapeutic, facilitînd contactul pacienți-terapeut. Terapia de grup se referă la constituirea unui grup de cupluri, în care să se înlesnească discutarea problemelor fiecăruia, în scopul obiectivării lor (de obicei, grupul conține un cuplu echilibrat, față de care se raportează celelalte cupluri).

Metodele terapiei sexuale se adresează subiecților nevrotici, anxioși, celor cu impotență sexuală, dispareunii, viginism. Aplicată corect, terapia sexuală raportează mult mai frecvent succese decît cura psihanalitică. Abordarea inadecvată, intempestivă și nedelicată poate avea drept consecințe agravarea disfuncțiilor sexuale și a conflictualității deja existente în cadrul cuplului.

390. **SEXUALITATE** (cf. fr. *sexualité*: vezi lat. *sexus* „sex") • Dimensiune bio-psiho-socială a ființei umane, sexualitatea nu are o definiție (sau măcar un sens definitoriu) unanim acceptată, existînd o multitudine și eterogenitate a concepțiilor actuale referitoare la această problemă. Neglijată, voit ignorată secole de-a rîndul, considerată numai ca funcție strict biologică cu finalitate reproductivă, sub influența dogmelor religioase și a unei rigidități „pseudomorale", sexualitatea începe a fi abordată științific abia odată cu apariția psihanalizei, prin opera freudiană. Exagerarea importanței și a rolului sexualității de către psihanaliști a declanșat însă un curent critic.

Pornită de la instinct, al cărui scop final este procreația, sexualitatea nu se reduce și nu trebuie redusă numai la acest fapt (după cum oamenii nu mănîncă numai pentru a-și potoli foamea; așa cum există „o artă culinară", vechii asiatici au dezvoltat o „artă erotică"), pentru că am greși la fel cum s-a greșit cînd sexualitatea a fost considerată secole de-a rîndul un „păcat originar". Că ea nu poate fi redusă la instinct, că este o cerință permanentă a dezvoltării și adaptării umane, unul dintre factorii care îi conferă ființei umane specificitate, o demonstrează faptul că dacă la întreg regnul animal, inclusiv la primate, activitatea sexuală se desfășoară strict în anumite perioade „de rut", la om ea se caracterizează prin continuitate și stabilitate. Sexualitatea nu poate fi redusă nici la activitatea sexuală în sine, la actul sexual, la necesitatea biologică ce trebuie satisfăcută, pentru că omul nu și-o satisface oricum și oricînd, ci numai în anumite condiții. În această condiționare, un rol deosebit de important îl are

Rodin

afectivitatea, sentimentul elaborat de dragoste, atracţia pentru anumite persoane de sex opus. În elaborarea acestui sentiment, importantă este nu numai atracţia fizică, ci şi o comuniune pe plan spiritual, a conceptelor, principiilor etc. (deşi există momente cînd actul sexual se efectuează numai pentru satisfacerea unei cerinţe biologice, cu un partener ales mai mult sau mai puţin la întîmplare, acest fapt nu poate fi generalizat şi considerat caracteristic pentru individul respectiv). Coeziunea psihofizică face ca doi indivizi de sex opus să formeze un cuplu, care va funcţiona bine atît timp cît ea există. Disfuncţiile sînt legate de apariţia unei breşe la nivelul uneia dintre laturi: dacă există o comunicare pe plan pur spiritual, fără a exista o comuniune erotică, în interiorul cuplului vor apărea perturbări ce pot conduce la o simptomatologie nevrotică, tulburări de dinamism sexual etc.

Sexualitatea apare astfel nu ca o simplă cerinţă biologică, ci ca un factor de împlinire a fiinţei umane. Trăind în grupuri sociale, omul este supus legilor morale, etice ale acestora, adaptîndu-şi întregul comportament şi deci şi sexualitatea la aceste „norme“ socio-culturale. Normele diferă de la o societate la alta, de la o cultură la alta: ceea ce poate fi amoral la aborigenii australieni poate fi perfect moral la un alt grup etnic. Considerînd că „legea reprezintă o mentalizare a unor prohibiţii naturale“, vom înţelege de ce dogmele rigide şi nefondate ale religiei, rasialităţii pot crea perturbări ale sexualităţii, ca dat natural şi social al omului.

Ca dimensiune a fiinţei umane, sexualitatea trebuie considerată în dinamica dezvoltării şi maturizării personalităţii, în totalitatea ei. După cum limitele de vîrstă stabilite pentru maturizarea personalităţii sînt relative, tot atît de relative sînt şi limitele de vîrstă stabilite pentru începerea şi încetarea activităţii sexuale. Începutul vieţii sexuale este, de obicei, legat de sfîrşitul perioadei adolescenţei, de perioada activă de tinereţe şi maturitate; dar, aşa cum psihanaliza a dovedit-o, există şi o sexualitate a copilului. De asemenea, nu poate fi negată nici sexualitatea vîrstei înaintate. În determinismul biologic al sexualităţii intervine, într-o măsură considerabilă, constelaţia hormonală şi deci trebuie ţinut cont şi de variaţiile fiziologice ale acesteia.

Sexualitatea a devenit astfel domeniul în care medicina interferează cu psihologia şi sociologia.

Din punct de vedere psihanalitic, accentul este pus pe pulsiunea sexuală, pe juisare, sexualitatea fiind vectorizată de către libido şi reprezentînd centrul organizării personalităţii subiectului. Studiind dezvoltarea psihosexuală a individului, FREUD a arătat că aceasta este strîns legată atît de dezvoltarea afectivităţii copilului, cît şi de evoluţia relaţiilor familiale.

Pentru a putea înţelege această dezvoltare, psihanaliza face distincţia între genitalitate şi sexualitate: copilul caută şi obţine o plăcere asemănătoare plăcerii sexuale genitale a adultului, prin excitarea unor zone care, în actul sexual genital, nu au nici o importanţă sau au o importanţă minoră. Plăcerea obţinută prin excitarea acestor zone este parţială. Se observă astfel, în cursul dezvoltării psihosexuale, existenţa unei excitabilităţi orale, legate de funcţia de absorbţie, apoi a uneia anale, legate de defecaţie, pentru ca ulterior zona genitală a copilului să devină locul predilect de obţinere a satisfacţiei. Sexualitatea infantilă diferă de sexualitatea genitală prin aceea că prima ar fi obiectul unei amnezii complete, care durează de la aproximativ cinci ani pînă la pubertate, cînd apare primatul zonei genitale.

Faza genitală infantilă (organele genitale fiind nefuncţionale) se caracterizează prin preocuparea privind posesiunea falusului şi teama de castrare. Declinul sexualităţii infantile este marcat tocmai de această teamă de castrare şi, respectiv, la fete, de acceptare a lipsei falusului. Odată cu acest declin apare complexul oedipian: rivalitatea cu părintele de acelaşi sex şi ataşamentul faţă de părintele de sex diferit. Aceste momente evolutive ale dezvoltării psihosexuale pot lăsa urme în comportamentul adultului: maniera în care a fost rezolvat complexul oedipian se reflectă în prevalenţa sensibilităţii erotice a unei anumite zone a corpului, în interesul manifestat faţă de obiectul dorinţei sexuale sau în modul de obţinere a plăcerii sexuale (sadomasochism, voaierism, fetişism etc.). Alteori, se poate observa fie o fixare, fie o regresie la stadii infantile de dezvoltare; astfel, preocupările nevrotice legate de funcţia alimentară reprezintă o fixare sau o regresie la faza orală etc. Fiecare fază (orală, genitală) este dominată de anumite trăsături caracteristice care, odată cu maturizarea conform legilor dezvoltării armonios-adaptative, se modelează, ştergîndu-se sau contopindu-se.

Atunci cînd această dezvoltare nu se face armonios, trăsăturile caracteristice predominante ale unei faze infantile persistă şi la maturitate; astfel, se descrie un caracter „oral“, ale cărui trăsături sînt intoleranţa la frustrare, aviditate, foame afectivă etc., şi un caracter „anal“, cu un simţ prea dezvoltat al ordinii, proprietăţii, parcimonios etc. Fixarea la unele dintre stadiile de dezvoltare psihosexuală anterioare maturităţii se face prin apariţia în adolescenţă a unor situaţii psihotraumatizante sau frustrante.

În sexualitate, FREUD vede unica sursă şi modelele tuturor conflictelor apărute de-a lungul existenţei individului; pentru el, simptomul nevrotic are un sens sexual, fiind expresia unui compromis apărut ca rezultat al unui conflict în care sexualitatea constituie originea problematicii umane. FREUD subliniază că, în nevroze, cel puţin la debut, punctul slab, fragil al existenţei umane este de ordin sexual.

Abordarea psihiatrică a sexualităţii se face referitor la tulburările funcţionale ale acesteia.

„Dreptul la plăcerea sexuală este un drept reclamat pe bună dreptate de contemporani. Psihiatrii, psihanaliştii, sexologii se străduiesc să rezolve aceste tulburări, în funcţie de cunoştinţele şi experienţa fiecăruia. Etiologia acestor tulburări fiind extrem de diversă, tratamentul este, în consecinţă, adecvat fiecărui caz în parte" (POROT).

Patologia sexualităţii cuprinde: tulburări în realizarea contactului sexual şi perversiunile sexuale. Unele tulburări ale sexualităţii apar ca epifenomen al bolilor psihice.

Tulburările contactului sexual constau în inhibiţie sexuală, care, la bărbaţi, poartă numele de impotenţă, iar la femei, de frigiditate. Impotenţa se referă la imposibilitatea totală sau parţială de a realiza actul sexual. După HELD, manifestările posibile ale impotenţei sint:

- lipsa totală a apetitului sexual, însoţită de anafrodizie;
- lipsa totală a apetitului sexual, dar cu dorinţa de a-l avea;
- existenţa apetitului sexual, concomitent însă cu existenţa unei frici de apropiere de sexul opus;
- realizarea apropierii de o femeie, dar fără a avea contact sexual;
- tentativă de contact, dar fără erecţie şi ejaculare;
- absenţa erecţiei, cu ejaculare fără intromisiune;
- penetraţie, ejaculare rapidă cu diminuarea imediată a erecţiei;
- intromisiune fără ejaculare (impotenţă orgasmică);
- ejaculare normală în timp, dar fără orgasm şi uneori dureroasă.

Impotenţa se întilneşte într-un corolar simptomatologic psihiatric, incluzind imaturitatea afectivă, preocupările hipocondriace, depresia reactivă, apărind în contextul reacţiilor, nevrozelor, personalităţii psihastenice, la perverşii sexuali, în alcoolism, schizofrenie, psihoze afective sau ca urmare a unor tratamente.

Inhibiţia sexuală a femeilor, frigiditatea nu presupune imposibilitatea efectuării contactului, ci lipsa plăcerii sexuale normale. Frigiditatea se poate şi ea asocia cu dispareunia, vaginismul. Poate surveni în: reacţii, nevroze, structuri dizarmonice ale personalităţii, schizofrenie, depresie (→ IMPOTENŢĂ, FRIGIDITATE, PERVERSIUNI SEXUALE).

Bonard

Sexualitatea, ca dimensiune a existenţei, se află într-o permanentă interdependenţă şi interrelaţie cu toate celelalte procese psihice. Rezultă logic că, în cea mai mare parte, afecţiunile psihice au în tabloul lor simptomatic şi tulburări ale sexualităţii.

Nevroticul, în contextul general al asteniei, fatigabilităţii, resimte atit o scădere a dorinţei, cit şi a putinţei, diminuare temporară, durind atita timp cit durează decompensarea şi remisă în momentul revenirii la o relativă normalitate.

La isteric, erotizarea raporturilor sociale este o supapă a inautenticităţii trăirilor veritabilei sexualităţi. Comportamentul continuu seducător, alături de toate celelalte manifestări teatrale, artificiale, dă o aparenţă de hipersexualitate, care este însă numai un mod de a atrage şi capta atenţia celorlalţi, de potolire a setei de afectivitate. În realitate, istericul este un inhibat, neavind capacitatea de a se dărui şi de a dărui afectivitatea pe care atit de zgomotos o reclamă pentru el.

Psihopatul paranoic, marcat de psihorigiditatea care îi afectează capacitatea de adaptare, de o scăzută modulare a afectivității, mereu suspicios, neîncrezător, într-o continuă atitudine de apărare și atac, predispus spre interpretativitate, incapabil de a stabili relații interpersonale normale, își tratează partenerul ca pe o proprietate oarecare ; gelozia sa este generată nu atît de motive sentimentale erotice, cît mai ales de orgoliu, de vanitatea de proprietar. Partenerul este bănuit, urmărit, chinuit cu întrebări, oferindu-i-se mai mult interdicții decît plăcere. Incapabil de a-i înțelege pe alții, cu scăzută capacitate de modelare afectivă, egoist și egocentric, psihopatul paranoic se caracterizează prin neadecvare și neadaptare, fiind în imposibilitatea de a realiza un cuplu cu funcționalitate normală. În realitate, este un nefericit, frămîntat de bănuieli și suspiciuni, provocînd nefericirea celuilalt.

Hipertimul, cu optimismul său nefondat, cu sentimente superficiale, care dispar la fel de repede și de nemotivat cum au apărut, este predispus spre legarea unor relații inadecvate, uneori cu consecințe nefaste. Partenerul este frecvent schimbat, nu neapărat pentru că ar avea defecte, ci numai pentru că apare un altul, pentru că hipertimul, aflat într-o permanentă mișcare, dorește cu aviditate noul, indiferent de calitatea lui. Relațiile sale sexuale sînt superficiale, de multe ori inadecvate și inadaptate, marcate de lipsă de reținere, vulgaritate, excese.

Timopatul depresiv, „incapabil de a se bucura de viață“, apăsat de un pesimism irevocabil, este incapabil și de a trăi împlinirea pe planul sexualității. Relațiile sale sexuale sînt grevate de psihorigiditate afectivă, convenționalism și conformism exagerat, care îl lipsesc de capacitatea de a trăi bucuria erotică și de a oferi această bucurie.

Schizoidul, acest „rece afectiv“, prezintă o insuficiență a sexualității prin lipsa suportului dinamo-energetic al activității și afectivității, lipsă pe care și-o compensează prin reverie, prin trăiri interioare, care-l îndepărtează de realitatea concretă.

Explozivul, prin structura sa de bază, care determină un comportament inegal, descărcări afective și pulsionale bruște, este predispus chiar la acte cu implicații medico-legale ; incapabil să amîne satisfacerea dorinței, explozivul nu ezită să folosească forța, mai ales dacă este și toxicofil.

Psihastenul, rigid, plin de convenționalism, conformism, pătruns de un exagerat simț etic, moral, religios, scrupulos și pedant, este, pe plan sexual, un inhibat ; inhibiția rezultă din interdicțiile pe care și le impune atît sieși, cît și celorlalți.

Personalitatea dizarmonică de tip antisocial, caracterizată prin lipsa de adaptare la normele socio-morale, dominată de primitivismul reacțiilor, prezintă, în sfera sexuală, tulburări rezultate din incapacitatea de stăpînire și amînare a dorinței, din transformarea ei în act fără aprecierea gravității consecințelor. Față de aceste consecințe, antisocialul (spre deosebire de exploziv) nu manifestă nici un fel de regrete sau remușcări. Regretele, dacă apar, sînt legate mai mult de lipsa obținerii satisfacției dorite și nu de răul provocat. În această categorie ar putea fi încadrați, după unii autori, și perverșii sexuali (→ PERVERSIUNI SEXUALE).

Tulburările sexuale ale alcoolicului sînt legate, în mare parte, de amprenta pe care consumul excesiv de alcool o lasă asupra întregului său organism. Impotența generată de cauze organice poate constitui baza pe care alcoolicul, aflat într-un puseu psihotic generat de exces sau sevraj, își va construi delirul său de gelozie. Alcoolicul este însă un gelos și fără a fi delirant. Pe de altă parte, dezinhibiția sexuală, cu sfidarea normelor etico-morale, apărută inițial în faza de excitație, va caracteriza personalitatea alcoolicului degradat, decăzut din statutul său socio-moral.

Sexualitatea toxicomanului poate fi exacerbată temporar în cazul consumului de amfetamine, hașiș, LSD etc., cel puțin la început și numai pe durata intoxicației. Toxicomanul alege între plăcerea sexuală provocată prin raport sexual normal și „lumea mirifică“ pe care i-o provoacă drogul, pe aceasta din urmă.

În descrierea clinică a simptomatologiei prezentate de schizofren, la rubrica sexualitate, nu de puține ori este trecut „apragmatism“ ; apragmatismul rezultă din detașarea și dezinteresul subiectului nu numai față de ambianță, dar și față de propriul corp. Plăcerea lui este narcisistă, asexuală, chiar dacă el este un heterosexual, onanist sau homosexual. Aceste activități nu sînt decît o modalitate prin care el obține o „satisfacție a organului“. Schizofrenul, limitat la plăcerea orgasmului, adoptă condiții perverse polimorfe, uneori chiar incestul.

La maniacal, sexualitatea este modificată în sensul impus de starea sa euforică ; bucurîndu-se „de tot și de toate“, vrea să se bucure de viață. Dorința și plăcerea sexuală sînt crescute, dar comportamentul său sexual se încadrează în limitele comportamentului ludic general. El se joacă de-a iubirea, aşa cum recită, cîntă, dansează, relaţiile sale sexuale fiind întreţinute fără discernămînt, cu credulitate şi superficialitate.

Din contră, la depresivul psihotic, retras în chinuitoarea sa durere morală, lipsit de orice plăcere, bucurie, incapabil de a se proiecta mintal într-un viitor altfel decît sumbru, dorinţa, activitatea, plăcerea sexuală nu există (aşa cum nu mai există nici apetit alimentar) nici măcar ca preocupare.

Frecvent, ideile de culpabilitate şi autoacuzare ale melancolicului sînt motivate (mai mult sau mai puţin real) de delicte sexuale, mai frecvent adulter (existent uneori numai în imaginaţia bolnavului).

La delirantul cronic, sexualitatea poate fi normală dacă ea nu se situează în „sectorul“ delirului. La delirantul erotoman şi la cel cu delir de gelozie, sexualitatea este însă integrată în construcţia delirantă (→ DELIR EROTOMAN, DELIR DE GELOZIE).

Nu de puţine ori, o exacerbare a dorinţei sexuale (nesusţinută însă şi de putinţa corespunzătoare), cu comportament dezinhibat şi sfidînd legile etico-morale, apare la demenţi (paralizie generală progresivă, demenţă senilă etc.).

Lipsit de discernămînt şi simţ critic, incapabil de a înţelege legile morale, dar aflat şi în imposibilitatea de a-şi putea găsi un partener (ceea ce, în fond, constituie drama sa, în măsura în care o poate percepe), debilul mintal recurge uneori la pedofilie, viol (de cele mai multe ori în grup) sau este atras ca partener pasiv în homosexualitate. Aceste eventualităţi nu sînt însă mai frecvente decît onanismul, masturbare prin care el îşi satisface cerinţele sexuale.

391. SEXUALITATE FEMININĂ ● Domeniu considerat multă vreme „tabu“, din cauza prejudecăţilor de ordin moral, religios, socio-cultural. De aceea, din punct de vedere psihanalitic şi psihiatric, sexualitatea feminină prezintă încă multe aspecte neelucidate. Problema devine şi mai spinoasă dacă este tratată în raport cu ansamblul unei personalităţi feminine („eternul feminin“, atît de des folosit, dar şi el neelucidat), cu specificităţi afective, comportamentale, constituţionale.

Cel care abordează pentru prima dată studiul delicatei şi complexei sexualităţi feminine este FREUD. Conform concepţiei acestuia, dezvoltarea sexualităţii femine este susţinută, ca şi dezvoltarea sexuală masculină, de forţa pulsională a libidoului, existînd un „monism sexual falic“. Dezvoltarea psihosexuală a celor două sexe urmează acelaşi drum pînă în stadiul falic, după care se produc diferenţierile : pe măsura dezvoltării feminităţii, clitorisul (omolog al falusului) devine organul erotic preferenţial al fetiţei, atît timp cît vaginul rămîne încă o necunoscută. Ulterior însă, o parte din sexualitatea clitorisului este transferată vaginului, apărînd o bisexualitate feminină sau, după alţi autori, o bipolaritate sexuală.

Evoluţia sexualităţii femine este marcată de momentul în care, în stadiul preoedipian, ea îşi comută iubirea de la mamă spre tată (ambivalenţa primitivă — FREUD), faţă de mamă apărînd un sentiment de ostilitate, ca rezultat al complexului de castrare. Acest complex de castrare va favoriza apariţia complexului oedipian. Declinul complexului oedipian la sexul feminin se face mult mai lent decît la cel masculin, producîndu-se dezinvestiţia libidinală a imaginii parentale şi reinvestirea libidoului prin apariţia fenomenului de identificare corporală. Din acest punct, genitalitatea feminină poate evolua în trei direcţii :

- evoluţia spre normalitate, cu atracţie faţă de sexul opus ;
- evoluţie nevrotică, caracterizată prin inhibiţie sexuală şi fixaţie pentru tată ;
- evoluţia spre un comportament masculin, cu considerarea condiţiei de femeie ca devalorizatoare ; această evoluţie este grefată de riscul apariţiei comportamentului homosexual.

392. SEXUALITATEA HANDICAPATULUI FIZIC ● Diversele forme de handicap fizic se însoţesc de regulă de probleme în sfera activităţii sexuale, ceea ce reprezintă un element important, cu influenţe deosebite asupra adaptării la situaţia de handicapat. Plecînd de la premisa că activitatea sexuală este normală, fiziologică, trebuie subliniată ideea că sexualitatea nu trebuie identificată, în exclusivitate, cu activitatea organelor genitale. Sexualitatea presupune, de asemenea, acceptarea imaginii despre sine în ansamblul ei, cu tot ceea ce ea presupune în comunicare, valori, atitudini, eliberată de ideea de vinovăţie şi considerată, în plan psihologic şi comportamental, pe acelaşi nivel cu activitatea reproductivă. În cazul handicapului fizic, dobîndit accidental, problemele ridicate de reluarea activităţii sexuale ţin de aprecierea posibilităţilor restante, de gradul nivelului de comprehensibilitate atît al subiectului handicapat, cît mai ales al partenerului (partenerei) şi al celor apropiaţi acestora, de cel al nivelului de comunicare între cei doi parteneri, de educarea pacientului în sensul armoniei între aspiraţiile sale şi nivelul posibil al performanţei.

Încercarea de a rezolva aceste probleme facilitează în mare măsură reintegrarea morală şi socială a subiectului handicapat.

393. **SEXUALITATE INFANTILĂ** ● Stadiu de dezvoltare a libidoului în primii ani de viaţă, pînă la perioada de latenţă. În sexualitatea infantilă se manifestă pulsiunile parţiale, în funcţie de primatul anumitor zone erogene (orală, anală). Sexualitatea infantilă nu funcţionează sub primatul genitalităţii, ci constă într-o serie de excitaţii şi activităţi menite să procure plăcere ; aceste activităţi vor rămîne ulterior componente ale activităţii sexuale normale adulte. Expresia „sexualitate infantilă“ reprezintă o extensie a sexualităţii definite ca instinct sau, mai exact, o apreciere a instinctului sexual în formele sale precoce de manifestare, forme legate de zone corporale care nu sînt zone genitale, dar care favorizează obţinerea plăcerii independent de exercitarea unei funcţii biologice (de exemplu : suptul degetului care apare independent de actul nutriţiei, deci nu aduce o satisfacţie nutritivă). În sexualitatea infantilă, pulsiunea sexuală este predominant autoerotică (→ SEXUALITATE ; ZONĂ EROGENĂ ; STADII DE DEZVOLTARE ; LIBIDOU).

394. **SEXUALITATEA VÎRSTNICILOR** ● Viaţa sexuală sfîrşită brusc prin procesul de îmbătrînire este o prejudecată, atitudinea socială tinzînd să asimileze sexualitatea cu tinereţea. Cu toate acestea, se pare că vîrsta cronologică avansată nu constituie un obstacol pentru continuarea activităţii sexuale, dacă circumstanţele o permit (starea de sănătate a subiecţilor fiind una dintre cele mai importante). Studiile statistice demonstrează că cea mai mare parte a cuplurilor sînt — fiziologic — în măsură să-şi continue viaţa sexuală.

Restrîngerea vieţii sexuale a bătrînului este legată de scăderea potenţei, ceea ce duce şi la modificarea formelor de manifestare a interesului pentru viaţa erotică.

Exagerarea aspectelor legate de viaţa sexuală poate lua forme patologice sau poate veni în dezacord major cu modelele socioculturale ale comunităţii. Scăderea potenţei poate sta la baza unor deliruri de prejudiciu corporal şi de gelozie, care apar în perioada seniumului.

395. **SFAT GENETIC** ● Ansamblu de măsuri cu caracter preventiv în psihiatrie, constînd în furnizarea unor date ştiinţifice, de către o unitate medicală specializată, privind riscul de transmitere ereditară a unei boli psihice.

Aceasta implică, în mod necesar, constituirea unor laboratoare de înaltă tehnicitate (investigaţii citogenetice, biochimice, explorări radiologice, electrofiziologie etc.) şi a unui colectiv de specialişti cu înaltă calificare clinică şi genetică (geneticieni, citogeneticieni, biochimişti, epidemiologi, sociologi).

După V. ANGHELUŢĂ, Şt. şi Lidia NICA-UDANGIU, circumstanţele în care se solicită un sfat genetic în psihiatrie ar fi următoarele :

- înainte de căsătorie :
  - doi bolnavi psihic, care doresc să se căsătorească ;
  - un partener sănătos, care doreşte să se căsătorească cu altul bolnav psihic ;
  - doi indivizi sănătoşi, care doresc să se căsătorească şi au printre rude una sau mai multe persoane cu boli psihice ;
- după căsătorie :
  - doi soţi cu tulburări psihice, care doresc să dea naştere unui copil ;
  - un cuplu alcătuit dintr-un partener cu tulburări psihice şi altul fără tulburări psihice ;
  - doi soţi sănătoşi, care au un copil cu tulburări psihice ;
  - doi soţi care au alte rude cu boli psihice etc.

Activitate deosebit de complexă şi laborioasă, implicînd multă responsabilitate din partea celui care o realizează, sfatul genetic are, după unii autori, următoarele etape :

- stabilirea corectă a diagnosticului probandului ;
- explorarea familiei probandului (analiza pedigree-ului, ancheta familială, investigaţii clinice şi paraclinice, genetice etc.) ;
- calcularea riscului de apariţie a bolii (riscul prospectiv şi riscul de recurenţă) ;
- comunicarea acestor date familiei care a solicitat informaţia.

Manevrînd aspecte delicate de etică medicală, psihiatrul genetician tabuie să aibă o atitudine plină de tact şi, în acelaşi timp, riguros ştiinţifică atunci cînd rezultatele cercetărilor sale sînt semnificative pentru ereditatea familiei. Această situaţie apare în cazul oligofreniilor prin anomalii cromozomiale, al bolilor endogene (schizofrenie, psihoze afective), al comportamentului psihopat antisocial (→ GENETICĂ ÎN PSIHIATRIE).

Cu toate progresele înregistrate de ştiinţă, cunoştinţele actuale privind factorii genetici implicaţi în etiogenia bolilor psihice nu permit decît aproximări. PREDESCU şi CHRISTODORESCU clasifică riscul genetic în : neglijabil (1—2%), mic (3—5%), mijlociu (6—10%), mare (11—25%) și foarte mare (peste 25%). Lipsesc deocamdată cercetări specifice grupelor populaționale. Studiile privind schizofrenia, efectuate de ZERBIN-RUDIN (1971), LANGE (1972), SLATER și COWIE (1971) indică următoarele : dacă un bolnav schizofren se căsătorește cu o persoană sănătoasă, riscul de transmitere a bolii este de aproximativ 10% ; dacă ambii părinți au schizofrenie, riscul crește la 68,1% (KALMAN), 60,5% (LANGE), 50—68% (ARIETI), 36,6% (SLATER și COWIE). Acest motiv, alături de altele de ordin etic și moral, proiectează sfatul genetic pe coordonatele responsabilității medicale în cel mai înalt grad, lăsînd familiei acțiunea finală de decizie.

Legislația țării noastre facilitează întreruperea cursului sarcinii în cazul prezenței riscului genetic crescut de transmitere a unei boli psihice, iar sfatul genetic face parte din activitatea curentă a unităților de asistență psihiatrică.

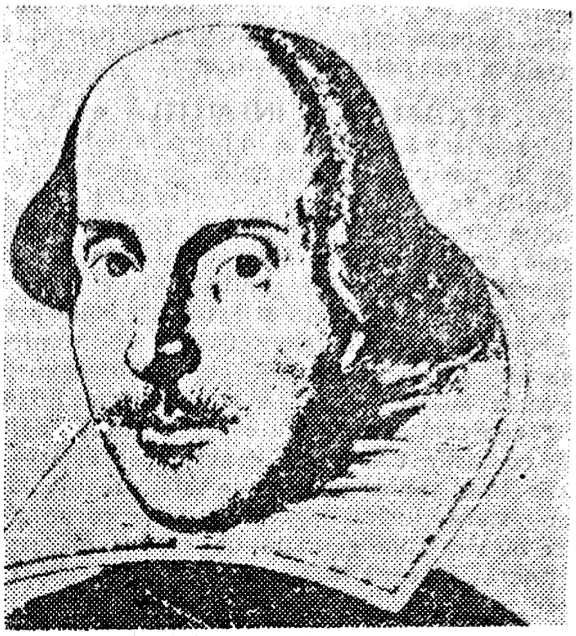
396. **SFINGOMIELINOZĂ** (cf. gr. *sphingein* „a strînge" ; *myelos* „măduvă") — sin. HISTIOCITOZĂ LIPOIDĂ ; TEZAURISMOZĂ CU SFINGOMIELINĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NIEMANN-PICK(B) boală.

397. **SFÎNTUL IOAN(B) boală** ● Una dintre denumirile sub care era cunoscută epilepsia în evul mediu.

398. **SFÎNTUL WYTT(B) boală** ● Epidemia de isterie care a bîntuit Europa medievală a secolul al XV-lea ; la sărbătorirea nașterii Sfîntului Wytt, în Germania, se produceau „vindecări miraculoase" ale bolii. Ulterior, cu acest nume au început să fie denumite hiperkineziile din coreea postinfecțioasă.

399. **SHAKESPEARE — aspecte psihologice și psihopatologice în opera lui** ● De aproape patru secole umanitatea s-a îmbogățit, în spiritualitatea ei, prin opera shakespeariană. Creată în efervescenta perioadă a Renașterii, această operă este, prin umanismul ei, contemporană tuturor timpurilor. Prospero și-ar putea rosti monologul de la sfîrșitul atît de plin de tîlc al „Furtunii", purtînd costumația oricărei epoci ; la sfîrșitul mileniului nostru, hamletiana întrebare „a fi sau a nu fi" își capătă o nouă și dramatică dimensiune, are o nouă și tragică rezonanță.

Personajele shakespeariene nu creează o lume pe scenă, ci aduc aici lumea însăși (întregul teatru elisabetan este un „theatrum mundi"), cu splendoarea și efemeritatea ei, cu patosul tinereții și spectrul bătrîneții, cu înălțătoarea și la fel de distrugătoarea pasiune omenească, cu acerba luptă pentru putere și cu zădărnicia victoriei, care oricînd se poate transforma în înfrîngere, cu hidoșenia crimei și puritatea primei iubiri.



W. Shakespeare

De aproape patru secole, generații după generații au plîns și au rîs alături de personajele shakespeariene, au aplaudat spectacolul lumii la fiecare reprezentare. Generații după generații au căutat să afle și să spună cine a fost Shakespeare. S-au scris biografii în care acesta apare ca un geniu titanic, dar au fost voci care au afirmat că Shakespeare... au fost mai mulți. S-a spus că Shakespeare a fost un bun catolic, dar s-au relevat și amănunte picante ale unor aventuri erotice inedite ; dar..., omenirea a păstrat ideea de Shakespeare, iar amănuntele despre omenescul din omul Shakespeare devin nesemnificative.

William Shakespeare s-a născut în 1564, la 23 (după alții la 26 sau 28) aprilie, într-un orășel din comitatul Warwick, Stratford-upon-Avon, în familia burghezului John Shakespeare, care a îndeplinit mai multe funcții publice, ajungînd la apogeul carierei sale judecător și primar al orășelului. William a crescut în acest mic orășel, în care trupele de comedianți erau primite de însuși tatăl său, asistînd încă de copil la spectacole al căror ecou a rămas adînc impregnat în sufletul său. De la 7 la 15 ani a urmat cursurile școlii parohiale (Grammar School), unde a învățat latina, gramatica, logica, retorica, aritmetica, geometria, astronomia și muzica și unde a studiat de asemenea clasicii greci şi latini. Adolescent fiind, William resimte puternic declinul material şi social al tatălui său, care, prin bigotismul său catolic (în perioada în care biserica reformată era cea dominatoare), atrage asupra sa acuzaţia de tulburare a „ordinii regatului". Această dramă familială îl împiedică să-şi continue studiile, obligîndu-l să participe la susţinerea materială a familiei ; practică diverse meserii : măcelar, pedagog, ajutor de notar. La numai 18 ani se căsătoreşte cu Anne Hathaway, cu care va avea trei copii. Tînărul William reuşeşte să-şi atragă duşmănia judecătorului de pace Sir Thomas Lucy, vechi adversar al familiei sale, care, pe lîngă acuzaţia de braconaj, ar fi vrut (ca răspuns la pamfletele satirice scrise de Shakespeare despre el) să-l acuze şi de a fi participat la un complot împotriva autorităţii statale. Aflînd din timp despre această primejdie, William Shakespeare părăseşte în grabă Stratford-ul şi, în 1586, ajunge la Londra, considerată în acea vreme una dintre cele mai mari (dacă nu cea mai mare) metropole ale lumii. Aici cunoaşte experienţa existenţei umane, începînd de la cele mai umilitoare şi disperate aspecte ale ei, dar reuşeşte să pătrundă în lumea teatrului, lume în care a rămas. A început prin a păzi caii luxoaselor echipaje ale lorzilor, a fost apoi sufleur, figurant, factotum, urcînd treptele spre actorie ; a fost apoi regizor şi corector de texte şi, în final, autor dramatic. În 1592 se reprezenta „Henric al VI-lea", în 1593 apărea „Venus şi Adonis", un an mai tîrziu „Răpirea Lucreţiei", creaţii prin care steaua lui Shakespeare începe să strălucească. Devine protejatul lordului Southampton şi poetul preferat al aristocraţiei curţii regale, păstrîndu-şi poziţia chiar şi atunci cînd protectorul său este arestat în urma răzvrătirii conduse de Essex. După moartea Reginei Elisabeta, trupa lui Shakespeare capătă denumirea de „Comedieni ai Majestăţii Sale", noul monarh văzînd în teatru un mijloc de educare a poporului. Dramaturgul, ajuns la apogeul creaţiei sale, nu se poate însă bucura pe deplin, pentru că omul Shakespeare este lovit de moartea unuia dintre fii, a mamei şi a doi dintre fraţii săi.

Un fapt semnalat de mulţi biografi este cel al căsătoriei, în 1607, a Susanei, fiica dramaturgului, cu John Hall, un renumit medic, care ar fi putut să-i ofere socrului său o serie de informaţii medicale pe care acesta să le folosească în piesele sale, dar cele 6—7 piese scrise de Shakespeare după acest an nu conţin referiri medicale mai multe sau de mai bună calitate decît cele scrise anterior. Marele dramaturg a murit în 1616.

Shakespeare a trăit o viaţă bogată în evenimente, cunoscînd toate mediile sociale ale epocii sale şi reuşind să transforme experienţa sa de viaţă într-un mesaj lăsat umanităţii. Pentru a transmite acest mesaj, Shakespeare şi-a construit personajele îngroşînd anumite trăsături de personalitate, accentuîndu-le defectele şi calităţile, astfel încît ele să poată exprima cît mai veridic apogeul pasiunii şi al urii, al bunăstării şi al răutăţii, al înţelepciunii şi al prostiei. Această îngroşare a trăsăturilor de personalitate apropie personajele shakespeariene de psihopatologic, dar această apropiere este subsumată scopului de a transmite un mesaj specific.

Hamlet — Sarah Bernhardt, 1899

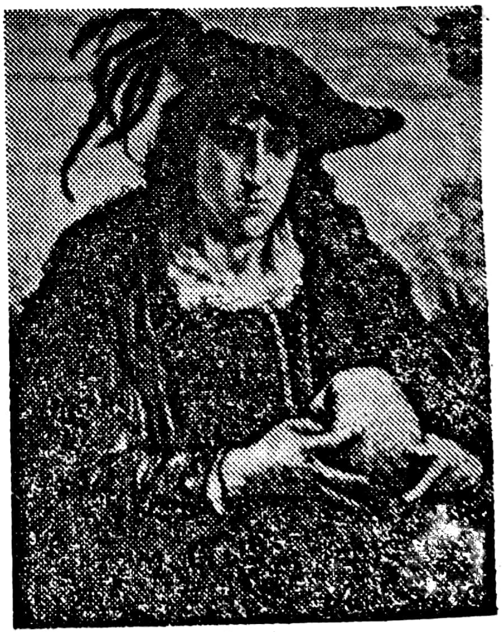
Tudor Vianu afirmă, în „Studii de literatură universală şi comparată" (Umanitatea lui Shakespeare), că marele dramaturg este un creator de titani, întreaga tragedie shakespeariană fiind străbătută de un „titanism" înrudit cu „hybris-ul antic, cu acel orgoliu nemăsurat al unui Ahile, al unui Ajax, Xerxes sau Creon şi al atîtor altora...". Titanismul şi tragismul operei shakespeariene sînt dovada cunoaşterii de către dramaturg a clasicilor greci şi latini, a lui Seneca, Terenţiu, Virgiliu, Cicero, Horaţiu, Ovidiu, Plaut, Plutarh. Shakespeare şi-a construit personajele în epoca în care omul îşi reconsidera poziţia sa în lume, începînd să-şi afirme superioritatea prin cunoaşterea şi stăpînirea naturii, printr-o impetuoasă dezvoltare a ştiinţelor. El a trăit într-o epocă în care perspectiva omului asupra planetei se schimba ca urmare a marilor călătorii întreprinse în secolul al XV-lea, prin descoperirea noului continent american. A trăit într-o Anglie hegemonică, mare putere maritimă, în care ascensiunea burgheziei determina sfărîmarea vechilor tipare feudale, într-o Anglie în plină efervescenţă transformatoare care pregătea revoluţia ce a avut loc la trei decenii după moartea lui Shakespeare. El a trăit într-o epocă în care individul devenea mai întreprinzător, mai curajos, sfidînd vechile tipare. Astronomii vremii concepeau pentru prima dată infinitatea universului şi aceasta da curaj omenirii să-şi rupă limitele stabilite de vechile dogme. Dorinţa de a cunoaşte a omului devine nelimitată ; omul este în stare să facă orice pentru a cunoaşte şi a stăpîni — acum apare legenda doctorului Faust care şi-a vîndut sufletul diavolului pentru a dobîndi ştiinţă, putere şi plăcere. Această epocă, ea însăşi titanică, este cea în care au trăit Michelangelo, Copernic, Giordano Bruno.

Opera shakespeariană, trăgîndu-şi seva din cultura antică, reuşeşte să o depăşească, pentru că, aşa cum afirmă T. Vianu în opera amintită, „titanii" lui Shakespeare sînt mai întotdeauna învinşi de omul care există în ei : „Criminalii au la Shakespeare o conştiinţă, monştrii au un suflet ultragiat, tiranilor li se deschide o zare către suferinţa lumii şi către exigenţele dreptăţii, ura de oameni este gata să se topească întocmai ca un bulgăre de zăpadă, inima duşmanului îndîrjit al patriei se frînge la glasul unei mame, magul devine om".

O a treia explicaţie posibilă a titanismului shakespearian ar fi aceea că autorul nu-şi concepe personajele drept un amestec de sentimente bune şi rele, un amestec de calităţi şi defecte, ci tranşant şi voit exagerat, ca foarte bune şi foarte rele. Construcţia în ansamblul ei este însă în aşa fel realizată, încît înţelegem că şi răutatea în formele ei extreme şi bunătatea în apogeu sînt tot ale omului. Răutatea atrage după sine o crudă răzbunare, dar nu una impersonală, ca cea a Eriniilor vechilor greci, ci una personală, umană, prin chinuitoare procese de conştiinţă ale omului. Eriniile îşi încetează urmărirea şi chinul se alină, remuşcarea însă, odată apărută, este neiertătoare :

„Ah, conştiinţa mea are o mie
De guri şi fiecare strigă-n parte
Că sînt nemernic şi sperjur, sperjur
Cum n-a fost altul. O, grozave crime,
Păcate de tot felul năvăliţi
Strigînd : Eu vinovat ! Eu vinovat !
Ce deznădejde. Nu e o fiinţă
Să mă iubească. Îndurare nimeni
În clipa morţii nu-mi va da"
(Richard al III-lea)

Dreptatea şi binele în opera shakespeariană, pînă a ajunge să triumfe, parcurg — ca şi în viaţă — un drum spinos şi plin de sacrificii. Triumful lor apare după acerbe şi necruţătoare încercări, în care crima atrage după sine crimă, răzbunarea atrage răzbunare şi toate — remuşcarea, care însă nu-i împiedică pe urmaşii făptaşilor să reia ciclul, astfel încît vinovaţi şi nevinovaţi sînt deopotrivă ucişi de tăvălugul însetat de sînge al puterii. Dobîndirea puterii, această sîngeroasă luptă care a cuprins şi cuprinde încă omul tuturor timpurilor, este un lait-motiv al tragediei shakespeariene. Marele psiholog care a fost şi rămîne Shakespeare, a descifrat şi disecat în cele mai intime aspecte această perpetuă şi sîngeroasă luptă pentru putere. Jan Kott, în „Shakespeare, contemporanul nostru", defineşte opera shakespeariană prin descrierea „Marelui Mecanism", care „este o luptă deschisă pentru putere sau vehemente zvîcniri ale inimii omeneşti, pe care mintea nu o poate nici grăbi, nici opri, dar căreia o bucată de fier ascuţit îi pune capăt... sau reprezintă el (Marele Mecanism — n.n.) oare bezna deasă şi nepătrunsă a istoriei în care nu se întrevăd zorile ; sau întunericul de care este plin sufletul omenesc", afirmînd mai departe că eroul principal al tragediilor shakespeariene este omul însuşi, care împinge „tăvălugul istoriei, dar este el însuşi zdrobit de acest tăvălug".

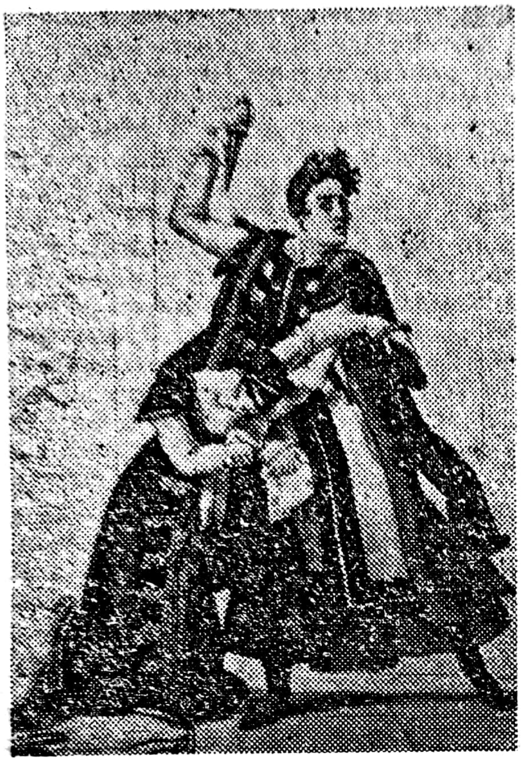


Hamlet

Preţul cu care crima, sperjurul, trădarea sînt plătite în opera shakespeariană este imens. „Hamlet" este drama shakespeariană care a stîrnit cele mai numeroase controverse, iar personajul principal — tristul prinţ al Danemarcei — a „suportat" de-a lungul timpului o mulţime de diagnostice psihiatrice, care nu au făcut altceva decît să reducă complexitatea unui mesaj la simptomele unei boli. Shakespeare a fost desigur un fin şi genial observator atît al normalului, cît şi al anormalului, folosindu-le pe amîndouă în transmiterea unui anumit mesaj, în cazul de faţă („Hamlet") — cel al Marelui Mecanism (Jan Kott). Afirmaţia că Shakespeare a fost un mare psihiatru este nu numai eronată, ci şi minimalizatoare (Hamlet, Richard, Ofelia au rămas ca valori ale tezaurului cultural-literar şi nu ca opere care au îmbogăţit semiologia psihiatrică).

În „Hamlet", regele Claudius ajunge să domnească înfăptuind un fratricid, care, în termeni moderni, ar putea fi numit o „crimă perfectă". Nu există nici o dovadă concretă, palpabilă, care să-l acuze pe criminal. Şi totuşi, în concepţia shakespeariană, chiar şi această crimă perfectă ar trebui divulgată şi pedepsită. Dar, pentru a fi pedepsită, ea trebuie întîi dovedită. Or, în această dovedire (necesară desfăşurării piesei) este necesară apropierea de psihopatologie, pentru că, în *mod normal*, o crimă perfectă nu poate fi argumentată. „Nebunia" lui Hamlet (cea diagnosticată de urmaşii lui Shakespeare şi nu cea pe care o simulează personajul în cauză) este numai unealta pe care a folosit-o dramaturgul pentru a dovedi declanşarea „Marelui Mecanism". Să-l lăsăm pe Hamlet fără diagnostic, astfel încît el să poată transmite generaţiilor următoare umanul său mesaj, fără a-i aplica eticheta schizofreniei (unul dintre diagnosticele lui Hamlet). Un prim argument pentru susţinerea crimei îl reprezintă ceea ce s-ar putea numi (şi s-a şi numit) „intuiţia delirantă" a lui Hamlet, în fond o bănuială izvorîtă logic din proaspătul incest comis (recenta văduvă se căsătoreşte mult prea rapid cu cumnatul). Acestei „intuiţii delirante" i se adaugă „halucinaţiile vizuale şi auditive" — apariţia duhului regelui ucis. Că Shakespeare a vrut ca acest fapt — psihopatologic, ce-i drept — să fie o figură de stil şi nu o dovadă a schizofreniei lui Hamlet, ne-o dovedesc două aspecte. Primul, acela că „duhul" (deci halucinaţia) a fost „văzut" nu numai de Hamlet — eroul principal —, ci şi de alte trei persoane: cei doi paznici, care l-au văzut *înaintea* lui Hamlet, şi Horaţio care l-a văzut concomitent. Horaţio ar fi putut fi indus, dar nu şi cei doi paznici, cu care Hamlet, proaspăt întors în ţară, nici nu vorbise. Contradicţia mai apare şi „în timpul" persistenţei vedeniei, părerile celor patru vizionari fiind împărţite; ea apare la „miezul nopţii", durează „cît ai număra pînă la o sută" şi dispare la cîntatul cocoşului care anunţă venirea zorilor; oricît de rar ai număra însă pînă la o sută, nu se poate acoperi această perioadă de 4—5 ore. (Al. Olaru, „Shakespeare şi psihiatria dramatică"). Să-i fi scăpat lui Shakespeare această inadvertenţă? Dacă, în viziunea shakespeariană, Hamlet ar fi fost bolnav psihic, desigur că marelui dramaturg nu i-ar fi scăpat o astfel de inadvertenţă.

„Intuiţia delirantă", „halucinaţiile" lui Hamlet sînt „argumentele" pe care Shakespeare le foloseşte pentru a dovedi spectatorului posibilitatea crimei. Răzbunarea acestei crime odioase revine, de drept, fiului celui ucis. Pentru a-şi putea dejuca adevăratele intenţii, pentru a „comuta" atenţia celor din jurul său, Hamlet, în mod deliberat (pentru că aşa a vrut Shakespeare să-l creeze), mimează nebunia. Această nebunie îl ajută pe Hamlet să-l pedepsească întîi pe Polonius — marele intrigant — fără ca el, făptaşul nebun, să-şi atragă asupra sa pedeapsa, pedeapsă care l-ar fi împiedicat să se răzbune pe principalul vinovat, Claudius. Răspunsurile „ganseriene" ale prinţului, ţinuta, comportamentul său sînt menite tocmai să convingă anturajul (scenele de „nebunie" ale lui Hamlet sînt mimate numai în prezenţa uneia sau a mai multor persoane) de nebunia şi iresponsabilitatea sa. Pentru un Hamlet cu adevărat schizofren (sau cu oricare alt diagnostic psihiatric), intuiţia delirantă, halucinaţiile ar fi fost „argumente" suficiente pentru a trece la răzbunare. Pentru Hamlet, aşa cum l-a conceput Shakespeare, acestea nu sînt însă suficiente. El caută un argument şi în realitate (incursiunea în real este inaccesibilă oricărui psihotic). Acest argument Hamlet îl oferă printr-un „teatru în teatru", care, în fond, înseamnă, aşa cum afirmă M. Rădulescu („Shakespeare, un psiholog modern"), un experiment psihologic (care va fi folosit de dramaturg, în alt context, şi în „Henric al IV-lea", „Mult zgomot pentru nimic", „Othello", „Regele Lear"). Prin acest experiment, Hamlet, afirmă M. Rădulescu, doreşte o dovadă a crimei prin observarea reacţiei, a reflectării ei în conştiinţa făptaşului. Ştiindu-se implicat afectiv şi, deci, conştient de subiectivitatea observaţiei sale, experimentatorul (Hamlet) îşi aduce şi un



Hamlet şi mama sa, Gertrude

observator neutru, pe Horaţiu (or un schizofren sau un psihotic, în general, nu-şi caută argumentul în realul la care, prin însăşi definiţia bolii, este impenetrabil; de asemenea, nu este posibilă folosirea corectă a unui observator neutru, aşa cum Hamlet a făcut-o). Acest experiment, acest „teatru în teatru" ni-l dezvăluie pe criminal, care-şi recunoaşte fratricidul în faţa propriei sale conştiinţe. Acesta este singurul argument veritabil pe care Shakespeare îl oferă spectatorului pentru a demonstra crima (unii autori susţin că, de fapt, această crimă a existat numai în „delirul" lui Hamlet. Dacă ar fi fost aşa, atît Hamlet, cît şi Shakespeare ar fi rămas în istoria psihiatriei şi nu în cea a literaturii). Regele recunoaşte această crimă, avînd un martor: spectatorul.

Solilocviul lui Hamlet, de coloratură depresivă, privind efemeritatea vieţii, exprimînd sentimentul disperării, apare aproape „normal", ca o reacţie la dubla traumă suferită: decesul tatălui şi rapida căsătorie a mamei cu ucigaşul. Iertarea pe care Hamlet i-o cere lui Laertes pentru jignirea adusă nu este „un moment de luciditate", ci este luciditatea cu care Hamlet îi vorbeşte nevinovatului care va cădea victimă rostogolirii implacabile a sîngerosului tăvălug al crimei.

Hamlet, în final, îşi răzbună tatăl, dar moare şi el. Dreptatea a învins, dar pentru ca ea să învingă, vinovaţi şi nevinovaţi au căzut sub nemilosul tăvălug. Crima atrage alte crime şi răzbunarea alte răzbunări, dar toate aceste acte sînt ale omului şi, pentru a ni le comunica, Shakespeare l-a creat pe Hamlet.

Un alt titan al operei shakespeariene, aflat la antipodul spiritului justiţiar al lui Hamlet, este Richard al III-lea, personaj conturat în „Henric al IV-lea" şi definitivat în tragedia care-i poartă numele, ca fiind chintesenţa răului, a tot ceea ce poate fi mai hidos şi monstruos în om. Privind acest personaj din punct de vedere psihopatologic, morbiditatea precoce este semnalată şi caracterizată chiar de mama sa:

„Povară grea ai fost cînd te-am născut;
Copil fiind, ai fost viclean şi rău;
Şcolar turbat, sălbatic, furios;
Adolescent neruşinat, zănatic;
Bărbat hain şi mîndru, ipocrit,
Şi sîngeros; cu-atît mai de temut,
Cu cît erai mai blînd, mai liniştit,
În ura ta..."

Recunoaştem aici tipul pre-kraepelian al personalităţii de tip „moral insanity", pe care astăzi am numi-o antisocială. Malformat fizic, avînd o înfăţişare hidoasă, convins că nimănui nu-i poate fi plăcută această înfăţişare, Richard încearcă compensarea diformităţii prin putere, putere pe care o obţine prin defăimare, uneltiri viclene, crimă, sperjur, escrocherie. Neavînd simţ moral, violează toate drepturile umane. Lipsit de afecţiune, îşi ucide fraţii, nepoţii, soţia. Această amoralitate îl determină pe Richard să oprească convoiul funerar al prea-recentei sale victime, pentru a cere de soţie pe cea ai cărei soţ şi socru îi ucisese de curînd. În concepţia altor autori (Al. Olaru, „Shakespeare şi psihiatria dramatică"), acest gest ar putea apărea drept o bizarerie comportamentală, dar aceasta ar însemna ca el să fi fost lipsit de un scop precis. Acest gest este însă tocmai sfidarea normelor morale, umane, sociale de către o personalitate antisocială, care nu-şi vede decît propriul scop (pentru că Richard, în acel moment, avea un scop).

În ceea ce priveşte perfida manipulare a celorlalte personaje — infamia, vicleşugurile şi minciunile caracterizează toate demersurile lui Richard —, s-ar putea face o comparaţie cu criteriile de diagnostic ale personalităţii antisociale din DSM III, care afirmă că acest tip are „dispreţ pentru adevăr indicat prin minciuni repetate", că se foloseşte de „manipularea altor persoane pentru profit personal" și că, în antecedente, există „un istoric de comportament antisocial continuu". Conform aceluiași manual de diagnostic, antisocialul comite multiple delincvențe, avînd și o condamnare pentru crimă. Prin multitudinea crimelor însă, Richard se apropie de psihotic. Alunecarea certă în psihoză apare în momentul în care, încolțit fiind de dușmani, în ajunul unei bătălii, apare o stare confuzională, de aspect oneiroid, în care „ca în vis" îi „apar" fantomele victimelor sale, stare în finalul căreia personajul trăiește o chinuitoare ambivalență, în care se autoacuză și autodeculpabilizează : „Da, sînt un ticălos ; ba mint, nu sînt" ; pentru Shakespeare aceasta nu a însemnat altceva decît o redare metaforică a trezirii conștiinței umane chiar și într-un monstru.

Hamlet — Lawrence Olivier

În „Othello" sînt create, printr-o incomparabilă mînuire a contrastelor alb/negru, pur/impur, bun/rău, situații structural antitetice pentru a transmite nu atît mesajul țeloziei, cît mai ales pe cel al tragediei „inițierii", al cunoașterii, așa cum afirmă și M. Rădulescu în „Shakespeare un psiholog modern". Autorul menționat se alătură afirmației făcute de Dostoievski în „Frații Karamazov", unde unul dintre personaje (Mitea) spune : „Othello nu este un gelos, dimpotrivă este un om destul de credul... Othello... nu este omul care să stea la pîndă, să spioneze sau să tragă cu urechea fiind încrezător de felul lui. Pe el trebuie să-l mine cineva de la spate, să-i dea ghes, să-l zgîndăre și să-l întărîte mereu, punînd eforturi uriașe ca să-l facă să se dumirească în cele din urmă că a fost înșelat. Cu totul alta este comportarea unui gelos adevărat". „Othello" este tragedia lipsei de maleabilitate, a lipsei de înțelegere și cunoaștere a vieții și a firii omenești, cu meandrele și labirinturile ei, este tragedia psihorigidei tranșări între bine și rău, a lipsei a ceea ce psihiatria numește astăzi adaptare „suplă și armonioasă", este tragedia omului care-și strîmtează cunoașterea prin reguli fixe și imuabile, este o tragedie a înșelării și autoînșelării. Othello, maurul cu chip negru, dar „alb pe dinăuntru", este personajul prin care Shakespeare ne dezvăluie această „dramă a inițierii". Personajul este conceput ca un tip de personalitate hiperperseverentă, care prin propriile-i merite ajunge conducător merituos într-un anume domeniu, cel militar, un mediu în care Othello se poate adapta perfect, pentru că această lume și structura premorbidă a subiectului se cuplează perfect prin psihorigiditate, prin reguli fixe, prin tranșarea situațiilor în funcție de aceste reguli. Othello învață să cunoască deci, prin prisma acestei gîndiri cazone, în care o problemă nu poate avea decît două soluții : bună sau rea, în care excepția de la regulă nu este viabilă, în care orgoliul, onoarea (onoarea militară) sînt hipertrofiate.

Hiperperseverent, conștiincios, capabil, Othello este excepțional structurat pentru a fi conducător într-un mediu al legilor și regulilor fixe. Drama apare în momentul în care aceste reguli și legi fixe sînt translate în viață, ale cărei mecanisme de funcționare depășesc, prin complexitate, autenticul simplism al tranșării dintre bine și rău.

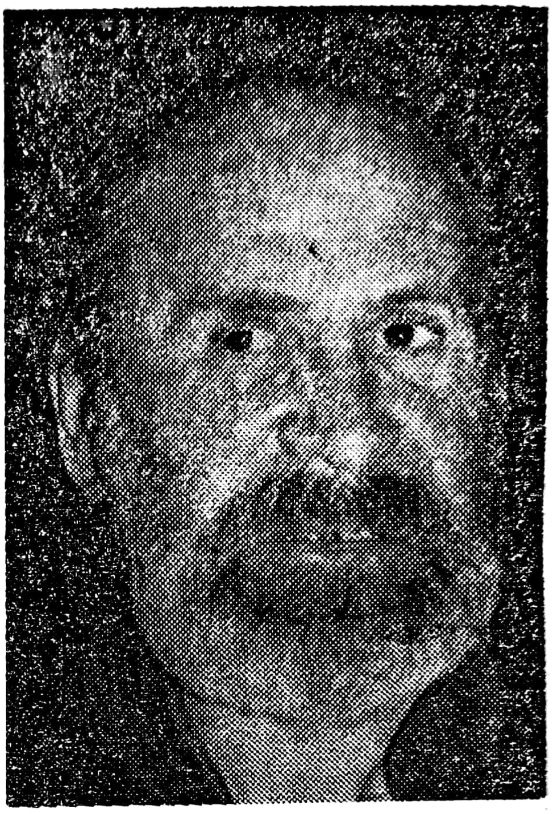
Tragedia lui Othello este tocmai inadaptarea la acest complex mecanism al vieții. El nu se poate adapta pentru că structural este un psihorigid și pentru că această structură a fost nu numai conservată, ci chiar hipertrofiată de mediul în care a trăit.

Pedepsindu-l pe Cassio pentru o „lumească greșeală", Othello nu dă dovadă neapărat de duritate ; el nu face altceva decît să aplice regulile stricte pe care ani de-a rîndul le-a aplicat, fără a ține cont (pentru că în mediul militar nu trebuie să se țină cont) de propriile-i sentimente (Cassio îi era în fond cel mai bun și cel mai devotat prieten). Orice greșeală (oricît de mică ar fi ea) trebuie pedepsită și cel pedepsit este disgrațiat. Deci, cel bun devine rău dintr-o dată și, odată devenit „rău" rămîne astfel. Manevrele lui Iago şi succesul acestor manevre constau tocmai în specularea acestei structuri de personalitate. Iago este un personaj negativ, dar un extraordinar psiholog (am putea afirma că Shakespeare a creat în acest personaj unul dintre cei mai mari psihologi ai tuturor timpurilor, dar desigur că această afirmaţie este numai un punct de vedere), întreaga lui strategie fiind un formidabil exemplu de „psihologie aplicată," însă în rău. Pe o astfel de structură, cea a lui Othello, Iago induce suspiciunea infidelităţii Desdemonei într-un crescendo, pornind de la „nevinovate" aluzii, şi ajungînd la acuzaţii clare şi la dovedirea certă a adulterului. El vrea să-l distrugă pe Othello şi alege drept armă gelozia, pentru că acest sentiment se putea cel mai bine „cupla" cu orgoliul hipertrofiat al acestuia. Iago este un superadaptat şi un supramaleabil; el cunoaşte viaţa şi ştie să profite în folosul său de orice situaţie. Argumentele sale vor reuşi să-i dărîme lui Othello întregul sistem axiologic, întregul eşafodaj (rigid şi friabil) al cunoaşterii lumii. Othello, indus de Iago, va vedea în idolul său, în Desdemona (pe care tatăl său o acuzase de trădare) o adulteră. Ca şi Cassio, Desdemona devine, din bună, rea, din pură, impură. Aceeaşi logică hipertranşantă. Dacă la început Othello ne apare ca o personalitate hiperperseverentă (aşa îl vede şi Karl Leonhard), spre sfîrşit, această personalitate va păşi clar în psihopatologie, în anormal, prin conturarea dezvoltării paranoiace, în care interferenţa psihoticului apare printr-o îngustare a cîmpului conştiinţei (o stare confuzională): „Batista... mărturisiri... batista". „Pfui ! nasuri, urechi, buze. Să fie cu putinţă ? Mărturiseşte !... Batista... ! A ! Diavole".

Înfăptuirea crimei este urmată de tragica conştientizare a nevinovăţiei Desdemonei, dovedită de Emilia. Othello realizează că a fost victima nu numai a lui Iago, ci a propriei sale credulităţi. Othello se omoară. Desdemona este moartă. Iago va fi condamnat la moarte. Gelozia este unealta prin care Iago îl distruge pe Othello, făcînd din el un criminal.

Othello nu este „tipul gelosului", ci încarnează pe scenă neviabilitatea condiţiei umane frustrate în cunoaştere, lipsită de maleabilitate, condusă de simplismul autentic bine absolut/rău absolut.

În toate tragediile shakespeariene se ucide, crima este întotdeauna prezentă, dar, în apogeul creaţiei sale, dramaturgul scrie o piesă a cărei temă dominantă este crima. Jan Kott („Shakespeare, contemporanul nostru") afirmă despre „Macbeth", că aici „istoria este redusă la forma ei cea mai simplă, la o singură imagine, la o singură diviziune : cei care ucid şi cei care sînt ucişi".



Regele Lear — Corado Negreanu

„Macbeth" este un apogeu al morbidului şi al sinistrului, o culme a descrierii inumanului şi a umanului crimei : a ucide este inuman, dar singur omul, dintre toate speciile existente este criminal. Crima este anormală, dar... este umană. Cei doi Macbeth nu sînt numai un cuplu (patologic sau nu) de criminali ; tragedia „Macbeth" este mecanismul crimei arătată în toată hidoşenia şi monstruozitatea ei. Tot Jan Kott numeşte experienţa la care ajunge Macbeth „primul nivel al abisului. O putem numi „experienţa Auschwitz-ului", pentru că depăşind un anumit prag, pragul inumanului, totul decurge „uşor". „Macbeth" este, ca şi „Richard al III-lea" (dar mai brutal parcă) integrată Marelui Mecanism (Jan Kott), în care crima atrage după sine crimă, într-un lung şi sinistru cortegiu de coşmar. „Macbeth" este coşmarul crimei şi toată construcţia piesei este făcută ca „un coşmar care paralizează şi înspăimîntă" (Jan Kott). Atmosfera este apăsătoare şi terifiantă — atmosferă care creează cadrul psihologic al crimei, o „lume Macbeth", în care parcă nu există zi, totul se petrece noaptea, valurile de sînge se succed inundînd această lume, sîngele nu este o metaforă, el este material, se scurge din trupurile celor uciși (în „Richard" există doar sentința condamnării la moarte, moartea ca prezență „fizică" nu apare în scenă), a căror ultimă răsuflare înecată de sînge se aude și toate trupurile sînt la fel de chinuite, natura întreagă este plămădită din năluciri funeste, vrăjitoarele „croncăne" și ordinea lumii este întoarsă : șoimul este ucis în zbor de o bufniță, caii gonesc și se aruncă unii asupra altora, mușcîndu-se, mîncarea este otrăvită, gîndurile sînt otrăvite de obsesia crimei înfăptuite și a celei ce se va înfăptui, atrăgînd după ea o nouă crimă. În această lume, crima apare ca o necesitate, ca o constrîngere. Această atmosferă — pe care Jan Kott o consideră a fi ea însăși un personaj de coșmar breughelian — este construită pentru a sublinia anormalitatea crimei, inumanitatea ei. Desigur însă că am putea privi această atmosferă ostilă și terifiantă ca fiind psihopatologică, delirantă, ruptă brutal și ireversibil de lumea reală, conducîndu-se după absurde și implacabile legi. Shakespeare a creat-o astfel, tocmai pentru a șoca, tocmai pentru a sublinia anormalitatea (și nu neapărat patologicul) și enormitatea crimei. Cei doi eroi ai piesei, ambii suferind cîte un șoc sentimental, devin obsedați unul de celălalt, creîndu-se între ei o stranie legătură (căci stranietatea, acest atît de uzat termen al psihopatologiei, este mereu resimțită în piesă), legătură în care femeia este virilă, iar bărbatul este obligat de femeie să-și demonstreze virilitatea prin crimă, nu neapărat pentru a deveni rege (nu numai pentru asta a ucis), ci pentru a crește în propriii săi ochi. Înfăptuirea crimei, în această delirantă lume, cu sistem axiologic atît de absurd și bizar construit, înseamnă a te integra acestui univers în care dominația crimei este posibilă. Macbeth se închide într-o lume fără ieșire sau în care singura ieșire este numai propria-i moarte ;

„Tu, răzmeriță, capul să-ți ridici
Cînd codrul Birnan va porni pe aici
Iar pîn'atunci Macbeth, în înaltu-i loc,
Își va trăi întregul său soroc
Și doar cînd ceasu-i va suna, el are
Să-și dea ca toți obșteasca lui suflare".

Lady Macbeth, eșuînd ca mamă și amantă, lipsită de orice modulație afectivă, rece și crudă, nu-și dorește decît puterea, angajîndu-se într-o sinistră și autistică lume, al cărei singur țel pare a fi acela de a omorî cît mai mult și cît mai sîngeros. De acest sînge, în cursul unui automatism nocturn motor așa s-ar numi astăzi somnambulismul ei), încearcă obsedant să-și spele mîinile ; dar obsesia petelor de sînge (a petelor de sînge, nu a culpabilității) este puternică, ritualul spălării repetat la nesfîrșit nu o va îndepărta. Experiențele halucinatorii terifiante culminează cu „apariția" duhurilor celor morți — experiență în care comentatorii operei shakespeariene văd întruchiparea spaimei și a groazei lui Macbeth.

Prin „Macbeth" Shakespeare a creat o dramă psihologică, o dramă în care normalul și anormalul nu se mai împletesc — așa cum se întîmplă în toată opera lui —, ci în care anormalul domină, pentru că, deși a omului, crima este o anormalitate a condiției umane.

Regele Lear — Florin Zamfirescu

Incursiunea psihiatrică în opera shakespeariană s-ar putea continua prin analiza hipertimiei lui Falstaff, a exaltării lui Romeo și a Julietei, a onirismului din „Visul unei nopți de vară", a sugestiei și autosugestiei lui Caliban etc. Shakespeare, prin personajele sale, nu a creat nici „o galerie psihopatologică" și nici o „psihiatrie dramatică" ; el a transmis un mesaj general uman, valabil în toate timpurile și, pentru a transmite acest mesaj, a folosit uneori și „armele" psihopatologiei. Folosirea acestor arme a fost rodul unui excepțional spirit de observație și nu al unor cunoștințe psihiatrice (oricît de sumare ar fi fost ele în acea epocă) sistematice. El a cunoscut și a văzut atît pe normal, cît și pe „nebun" (în epoca elisabetană „nebunii" nu mai erau închiși, ei circulau liber), dar i-a considerat deopotrivă oameni. Mai mult chiar, el a fost părtinitor uneori cu aceștia din urmă; cele mai înțelepte și adevărate replici, pline de tîlc și profunzime, le rostește în „Regele Lear" bufonul, nebunul regelui.

S-a afirmat și se afirmă că Prospero din „Furtuna" este însuși Shakespeare, că în acest personaj dramaturgul şi-a conturat întreaga sa gîndire ajunsă la maturitate. Prospero, Marele Magician care reuşeşte să stăpînească natura, tunetele, fulgerele, furtuna pe mare, vîntul şi toate vrăjile, oamenii, pe care-i adoarme (prin inducţie hipnotică) şi le trezeşte conştiinţa, îşi rupe în final bagheta de magician şi-şi îngroapă cartea „mai adînc decît plumbul", pentru ca oamenii să fie ceea ce au fost şi vor fi întotdeauna. Înţelepciunea lui Prospero în ce „casetă" psihopatologică să o încadrăm ?

Buni sau răi, frumoşi sau urîţi, înţelepţi şi proşti, iubind şi sacrificîndu-se pentru iubire, ucigaşi, răzbunători, nebuni sau normali, oamenii rămîn oameni, cu suferinţa lor, cu bucuria lor, cu tot ceea ce creează condiţia umană. Shakespeare ne învaţă să cunoaştem această condiţie în toată imensa ei complexitate.

400. **SHAKOW David** (1901—1982) ● Psiholog american. Şi-a făcut studiile la Universitatea Harvard, lucrînd mult timp după aceea ca psiholog clinician în mari spitale de psihiatrie. În 1946 devine profesor la facultatea de medicină a Universităţii din Illinois, iar în 1967 „senior research" la Institutul Naţional american pentru sănătate mintală.

Psiholog clinician prin excelenţă, a contribuit la dezvoltarea acestei ramuri a psihologiei în SUA. Este autorul unor lucrări ca „Influenţa lui FREUD asupra psihologiei americane" (1963) şi „Psihologia clinică ca ştiinţă şi profesiune" (1969).

401. **SHAME-RAGE** (din engl. „falsă mînie") ● Comportament obţinut în condiţii experimentale, prin stimularea amigdalei rinencefalice şi a hipotalamusului, însoţită de separarea acestuia de legăturile sale cu formaţiunile superioare de control (cortex), sau prin stimularea mezencefalului superior. Consecinţa acestor experimente este un comportament agresiv, însoţit de fugă sau teamă. Comparativ cu stimularea hipotalamică sau a substanţei cenuşii periapeductale, comportamentul de shame-rage, obţinut prin stimularea amigdaliană, se instalează mai lent. Pornind de la aceste fapte, unii neurochirurgi au propus distrucţia stereotaxică a amigdalei rinencefalice la subiecţii cu tulburări caracteriale însoţite de agresivitate, tulburări rezistente la tratament medicamentos. Posibilitatea producerii fenomenului de shame-rage a fost explicată de KARLI (citat de MEYER) prin faptul că amigdala rinencefalică este structura de elecţie la nivelul căreia se efectuează interacţiunile complexe între procesele de întărire pozitive şi negative. Ca rezultat al acestei „algebre interne", ar apărea efectele de facilitare sau de inhibare a unui răspuns comportamental. În ceea ce priveşte implicarea neocortexului (mai ales a regiunii sale anterioare) în comportamentul emoţional, se apreciază rolul său inhibitor asupra funcţiilor comportamentale. S-a constatat astfel că este mult mai uşor să se producă o criză de shame-rage la animalul decorticat. Prin extensie, se poate spune că starea emoţională este determinată de o excitaţie puternică ; în schimb, la înlăturarea acţiunii corticale, este suficient un stimul mai puţin intens pentru a produce o reacţie de furie scurtă, dar deosebit de intensă. Neocortexul aduce elementul de intelectualizare a comportamentului şi contribuie la crearea unor atitudini emoţionale noi în faţa unor situaţii noi. Stimularea regiunii mezencefalice, care aparţine substanţei reticulate, poate determina, de asemenea, o reacţie shame-rage. S-a putut constata la om (MEYER) că, în anumite circumstanţe emoţionale paroxistice, apare o adevărată dezorganizare a conduitelor logice, la originea cărora ar putea sta hiperactivitatea substanţei reticulate şi a structurilor controlate de ea. Au fost identificaţi mediatorii chimici implicaţi în apariţia proceselor de întărire pozitive şi negative. Astfel, facilitarea unui răspuns comportamental se realizează prin intermediul catecolaminelor. Clorpromazina şi reserpina diminuează scorul de autostimulare la animal, în timp ce triciclicele îl cresc. Sistemul de întărire negativ are ca suport biochimic serotonina, care reduce agresivitatea. Paraclorfenilamina, care blochează sinteza serotoninei, administrată experimental, creşte numărul de animale ucigaşe. Corticoizii utilizaţi în clinică pot antrena tulburări caracteriale, iar agresivitatea produsă de hormonii sexuali a fost utilizată ca ipoteză terapeutică pentru administrarea de inhibitori ai acestor hormoni (ciprosteron) în cazul unor sindroame de agresivitate criminală, fără însă ca această utilizare să dea întotdeauna rezultatele dorite.

402. **SHEEHAN(8) sindrom** ● Hipopituitarism determinat de necrozele parţiale ale hipofizei anterioare prin tromboembolie, declanşată de naşterile complicate (hemoragii masive, infecţii, puerperale, eclampsie etc.). Simptomatologiile somatice ale sindromului sînt : căderea părului, piele uscată şi ridată, dînd aspect de îmbătrînire precoce, decolorarea areolelor mamare, scăderea pigmentaţiei pielii, care nu mai are capacitatea de a se hiperpigmenta la soare (semn important în diferenţierea de boala Addison), hipotensiune arterială, hipotermie, tulburări digestive, scăderea metabolismului bazal, cefalee, somnolenţă,

stări de colaps și chiar comă. Acestora li se adaugă o serie de tulburări psihice ca : apatie, profundă, indiferență, oboseală, iritabilitate. Libidoul dispare complet (L. W. REISER, M. REISER — 1985) și se instalează progresiv un deficit cognitiv. Se pot nota uneori tulburări de comportament, mai frecvent, sindromul halucinator de tip exogen. Simptomatologia psihică este determinată de o serie de reacții privitoare la modificarea bruscă a contextului somatic și psihologic al bolnavei. Tratamentul constă în substituția principalilor hormoni ai glandelor controlate de hipofiza anterioară : cortizon, T_4, estrogeni, androgeni.

403. **SHELDON William Herbert** (1899—1977) ● Medic american. Inițial atras de filozofie, și-a dat doctoratul la universitatea din Colorado, după studiile făcute la Brown University (1925), iar în 1933 doctoratul în medicină, la universitatea din Chicago.

Urmează linia deschisă de W. JAMES privind clasificarea personalităților, folosind în acest scop criterii empirice (date antropometrice), ca și contemporanul său KRETSCHMER. Posibilitatea existenței unei legături între datele corporale și structura personalității este expusă în cartea sa „Variante ale fizicului uman" din 1940, în care, pe baza analizei a 17 măsurători antropologice fundamentale efectuată pe fotografiile a 4 000 de subiecți, descrie trei somatotipuri : endomorf, mezomorf și ectomorf, folosind un sistem original de notare în 7 trepte, în funcție de care sînt descrise 76 de subtipuri.

Doi ani mai tîrziu, SHELDON a publicat o nouă lucrare, „Varietăți temperamentale", în care, pornind de la somatotipuri, descrie trei tipuri caracteriale : viscerotonul (corespunzător endomorfului), somatotonul (corespunzător mezomorfului) și cerebrotonul (corespunzător ectomorfului). Deși lucrarea a fost destul de criticată (printre altele și datorită faptului că, pentru stabilirea corelațiilor, au fost folosiți doar 33 de subiecți), proporția în care tipul corporal și cel caracterial se corelează atinge 80% în cazul acestei tipologii, ceea ce reprezintă un fapt unic în acest domeniu.

Deși somatotipizarea este o operație destul de complexă, un indice aproximativ al tipului corporal este dat de raportarea înălțimii, exprimate în inch (1 inch = 2,54 cm) la radicalul cubic al greutății (exprimată în pounds — 1 pound = 354,6 gr).

Pentru endomorfi, această valoare tinde să fie sub 12, la mezomorfi în jurul lui 12,5, iar pentru ectomorfi peste 14.

Pasiunea lui SHELDON pentru clasificări s-a manifestat de timpuriu : la 12 ani, era deja un numismat cunoscut.

404. **SHERRINGTON Charles Scott** (1857—1952) ● Fiziolog englez. A făcut inițial studii filologice, fiind apoi atras de fiziologie. Din 1875 a lucrat ca medic la spitalul St. Thomas din Londra. A întreprins o serie de călătorii de studii în Europa, lucrînd cu F. GOLTZ, R. VIRCHOW, R. KOCH. Din 1891 a devenit superintendentul Institutului Brown al universității londoneze, iar ulterior (1895) profesor de fiziologie la Universitatea din Liverpool. Din 1913 și pînă la pensionarea sa (1936), a fost profesor la Oxford.

Lucrările sale consacrate activității sistemului nervos central au introdus concepte fundamentale precum acela de „sinapsă", inervație reciprocă", „inhibiție activă". În primele trei decenii ale secolului al XX-lea, a studiat activitatea cerebrală, relevind rolul motor al girusului precentral și rolul senzitiv al girusului postcentral. A descris „rigiditatea decerebrată" și „căile comune finale" ale fibrelor nervoase. A stabilit, pornind de la ideile lui Hughling JACKSON, principiile acțiunii integrative a sistemului nervos (1904).

Pentru lucrările sale remarcabile (este supranumit „William HARVEY al sistemului nervos") a primit Premiul Nobel pentru medicină (1932).

Spirit neliniștit, are contribuții deosebite și în alte domenii : a folosit primul în lume anatoxina difterică și a insistat pentru folosirea serului antitetanic în rănile de război (1914—1917). A fost interesat de igiena mintală, igiena muncii și combaterea alcoolismului.

Mai puțin cunoscute sînt lucrările sale de poezie (1940) și filozofie ; „J. FERNEL — omul și firea sa" (1938), „Aspirațiile lui Jean FERNEL" (1940), „GOETHE, despre natură și știință" (1949).

405. **SHOOK JONG(B) boală** ● „Nevroză sexuală" (ELLENBERG și MURPHY, 1978) cu caracter epidemic, frecventă la populațiile Extremului Orient (Singapore, Thailanda). Manifestările clinice constau în teama subiectului că organele sale sexuale se vor atrofia, acest lucru fiind urmat la scurt timp de deces. Autorii de orientare culturalistă atribuie mecanismele psihopatogene ale acestei tulburări dereglării siguranței comunitare, pe care subiectul o percepe legată de funcția reproductivă, subliniind că aceste epidemii apar atunci cînd tulburările sociale amenință identitatea culturală a unor grupuri. F. SIROIS

notează că vindecarea în aceste cazuri se face rapid, ca şi în cazul altor epidemii de isterie colectivă. Unii autori semnalează asemănări cu boala Koro (→).

406. **SHY-MAGEE(B) boală** — sin. BOALA SÎMBURELUI CENTRAL ; CENTRAL CORE DISEASE (CCD) ; MIOPATIE CONGENITALĂ NEPROGRESIVĂ ● Boală descrisă de SHY şi MAGEE (1956), caracterizată morfologic prin dezorganizare miofibrilară şi depopulare mitocondrială limitată la centrul fibrei. S-au descris şi forme marginale şi polimorfe.

Au fost identificate trei tipuri de CCD, care reprezintă etape succesive ale unui ciclu :

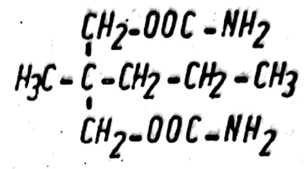
- tipul „inversat" (reversed) — caracterizat prin acumularea mitocondriilor în zona centrală ;
- tipul „structurat" (structured) — cu dispariţia mitocondriilor ;
- tipul „destructurat" (unstructured) — cu dezorganizarea sarcomerelor.

Patogenia afecţiunii rămîne încă obscură, ca şi momentul evolutiv al fibrei musculare în care intervine factorul cauzal.

407. **SIALOREE** (cf. gr. *sialon* „salivă" ; *rhein* „a curge") — sin. PTIALISM ● Creşterea secreţiei salivare, care poate fi datorată stimulării reflexe — mecanice sau inflamatorii — a glandei salivare, unor reflexe consecutive sarcinii, afecţiunilor gastro-intestinale, tabesului, encefalitelor sau acţiunii unor medicamente ca iodura de potasiu. Alteori, poate fi vorba de o acumulare a salivei, care nu poate fi înghiţită, în cavitatea bucală, şi scurgerea ei pe la comisuri, ca în cazul parezelor şi paraliziilor nervilor cranieni. Tot prin acumularea salivei, datorată refuzului bolnavului de a o înghiţi, consecutiv negativismului, se explică sialoreea din stupoarea catatonică.

408. **SIBILIC** (Adjectiv derivat de la SIBILE' numele sub care erau cunoscute în antichitate femeile avînd darul profeţiei. Cea mai vestită a fost sibila din Cumae, Italia ; prezicerile ei au fost adunate în „Cărţile sibiline", păstrate în templul lui Jupiter de pe Capitoliu şi consultate pînă tîrziu, în vremea Republicii) ● Calificativ atribuit persoanelor cu preocupări de anticipare a viitorului şi, mai frecvent, mesajelor cu caracter vag, enigmatic, ambiguu, fie că au sau nu o funcţie anticipativă.

409. **SIBON(M)** SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).



$$\begin{array}{c} CH_2\text{-}OOC\text{-}NH_2 \\ | \\ H_3C\text{-}C\text{-}CH_2\text{-}CH_2\text{-}CH_3 \\ | \\ CH_2\text{-}OOC\text{-}NH_2 \end{array}$$

410. **SICARD-FOIX[S] semn** — sin. DISOCIAŢIE ALBUMINO-CITOLOGICĂ DIN LICHIDUL CEFALORAHIDIAN → ALBUMINORAHIE.

411. **SICLEMIE(B) boală** — sin. ANEMIE DREPANOCITARĂ ; ANEMIE FALCIFORMĂ ; ANEMIE SICKLE-CELL ; DREPANOCITOZĂ ; HEMOGLOBINOPATIE S ● Boală ereditară cu caracter recesiv, caracterizată prin înlocuirea acidului glutamic din molecula de hemoglobină, cu valina, rezultînd hemoglobina S. Simptomatologia bolii constă în : dureri abdominale şi osteoarticulare, ulcere cronice ale gambelor, tulburări neurologice (afazie, convulsii, nistagmus, modificări pupilare, cecitate, parestezii etc.), cu evoluţie recurentă. Anemia are caracter hemolitic.

Examenele de laborator evidenţiază forma de „seceră" a eritrocitelor, încetinirea vitezei de sedimentare a hematiilor, creşterea rezistenţei osmotice, scăderea rezistenţei mecanice a eritrocitelor, anemie (două milioane eritrocite pe mm^3).

Tratamentul este simptomatic (transfuzii de sînge, splenectomie, corticoterapie, fier, acid folic).

412. **SICOCLOR(M)** Argentina — DCI *Fencamină* ● Psihotrop, derivat feniletilaminat de tip 8-//2-/metil(α-metilfenetil)amino/etil/amino/ cafeină, cu acţiune psihostimulentă şi valenţe anorexigene.

413. **SICOFRENOL(M)** Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Avînd indicaţiile neurolepticelor incisive (endogenii) este, în acelaşi timp, util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiunile psihosomatice (ulcer gastric şi duodenal, gastrite,

vertij, în special de tip Ménière). Pentru dozele mari, efectele secundare sînt cele comune neurolepticelor incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

414. **SICO-RELAX**$^{(MC)}$ Spania ● Produs farmaceutic care conţine două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar care se complementează :

- DIAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- GLUTAMINA$^{(M)}$ — rooborant proteic.

Are acţiune sedativ-anxiolitică.

415. **S.I.D.A. (SINDROMUL IMUNO-DEFICITAR DOBÎNDIT) — tulburări psihice** (A.I.D.S. — acquired immune deficiency syndrome) ● Boală infecto-contagioasă, provocată de virusul HIV (virusul uman limfotropic al celulelor T-HTLV-III), producînd prăbuşirea progresivă şi definitivă a sistemului de apărare imunitară a organismului.

Apariţia de cazuri în multe ţări şi creşterea rapidă a numărului de cazuri noi (sînt semnalate peste 500 000 de cazuri în lume), au făcut ca SIDA să devină o importantă problemă de sănătate publică (numărul probabil de cazuri în lume, estimat de OMS, este de 2 milioane, dintre care 500 000 copii).

Educaţie pentru sănătate
OMS

Este acreditată predilecţia virusului pentru ţesutul nervos, peste 40% din bolnavi prezentînd ca manifestări principale ale infecţiei simptomatologie neuropsihică : demenţă, mielopatii, neuropatii, meningite, leucoencefalite subacute etc. Manifestările psihopatologice cuprind o paletă care se extinde de la modificări discrete ale vigilităţii, tulburări dispoziţionale şi mnezice uşoare, pînă la forme grave, cu lentoare psihică pronunţată, delirium, halucinaţii. M. WISE, J. R. RUNDELL, R. URSANO (1986) şi B. HALEVIE-GOLDMAN, S. POTKIN, P. POYOVROW (1987) raportează cazuri cu debut psihotic pur. S-au comunicat şi cazuri la care simptomatologia este întregită de anxietate, depresie, manie sau hipomanie, bufee delirante.

Încă din 1983, C. REICHERT, I. O'LEARY şi A. LEVENSEN au semnalat prezenţa virusului în sistemul nervos central, pentru ca, un an mai tîrziu, K. WELCH, W. FINKBEINER şi C. ALPERS să găsească, la majoritatea subiecţilor decedaţi necropsiaţi, sistemul nervos inundat. B. NAVIA, E. CHO, C. PETITO (1986) arată că există chiar o predilecţie pentru măduva albă şi zona subcorticală şi cea limbică. Mai mult, unii autori au găsit o atingere de 82,7% în zonele legate de emotivitate, la acei pacienţi la care clinic se înregistrează tulburări dispoziţionale (S. PERRY, A. TROSS — 1984).

Problemele puse de boală psihiatrului nu sînt numai cele directe, legate de leziune, ci, mai ales, cele care apar în corelaţie cu existenţa bolii în sine, oricare ar fi manifestările ei dominante.

Mecanismele psihologice de adaptare la boală sînt asemănătoare cu cele descrise de KÜBLER-ROSS la pacienţii aflaţi în faze terminale ale unor afecţiuni cronice (în special cancer) :

- fază de şoc ;
- fază de negare ;
- fază de revoltă ;
- fază în care bolnavul oscilează între speranţă şi disperare ;
- fază de depresie ;
- fază de acceptare.

Bolnavii sînt dominaţi de un sentiment de incertitudine, accentuat de conştientizarea gravităţii bolii, de neputinţa actuală a medicinei de a o stăpîni, precum şi de atitudinea reprobativă a anturajului. Ei se simt izolaţi, „murdari", atinşi de o boală „ruşinoasă", care îi marginalizează (J. DILLEY, H. OCHITILL, P. VOLBERING — 1985).

Suprainvestirea bolii, atît de către bolnav, cît şi de către personalul medical, duce la fenomenul paradoxal al respingerii de către sistemul medical a unui bolnav în condiţiile în care instruirea psihologică ar trebui să ocupe un loc major în intervenţia terapeutului. Buna relaţie terapeutică este afectată de următorii factori :

- conotaţia morală asociată comportamentului subiectului cu risc ;
- prognosticul sumbru ;
- teama de contaminare a celor ce îngrijesc aceşti bolnavi.

Reprobabilitatea manifestată de către personalul medical faţă de bolnav are ca substrat faptul că, în multe cazuri, boala apare la homosexuali sau asociată cu toxicomaniile, prostituţia.

O altă problemă legată de SIDA este aceea a apariţiei unor manifestări psihopatologice, mai ales la structuri dizarmonice ale personalităţii de tip psihastenic sau paranoiac, care pot dezvolta un veritabil delir, considerîndu-se bolnavi de această boală incurabilă, acuzîndu-şi partenerii sexuali de a le-o fi transmis, iar pe medici de incapacitate de a o diagnostica şi trata corect. Intervenţia terapeutică în aceste cazuri este dificilă.

Existenţa unei palete atît de vaste de manifestări presupune dificultăţi de diagnostic diferenţial în toate circumstanţele arătate (demenţe, bufee delirante, episoade psihotice, tulburări distimice etc.). Diagnosticul de certitudine este imunologic, evidenţierea HTLV-III în sînge şi în lichidul cefalorahidian făcîndu-se fie prin teste enzimatice, fie radioimunologic.

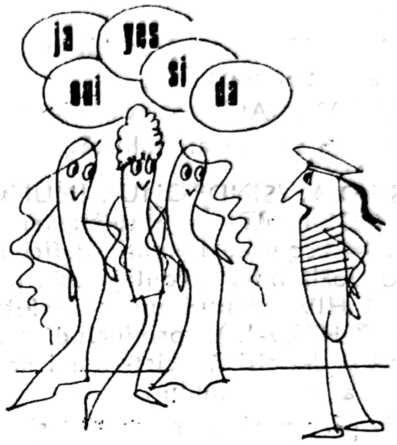
Cercetări recente (SCHLAPFER şi FISCH, 1988) semnalează tulburările psihice şi neurologice consecutive infecţiei cu virusul SIDA, care, pe lîngă celelalte tropisme (intestinale, hepatice, hematologice etc.) se cantonează şi la nivelul SNC.

Sintetizînd lucrările apărute, P. DICK şi M. TOUTOUNGI (1989) accentuează asupra dificultăţilor terapeutice (biologice şi psihologice) pe care le ridică bolnavii de SIDA, „invadaţi de o angoasă tragică", avînd în vedere prognosticul bolii de care suferă. Pe lîngă terapiile de susţinere psihologică, ei au primit medicaţie anxiolitică de tip benzodiazepinic, alegîndu-se de preferinţă o moleculă mai uşor metabolizabilă de ficatul deficient funcţional, ca de exemplu Seresta (oxazepam) sau Témesta (lorazepam). BATKI şi colaboratorii (1988) arată că această anxietate, deosebit de puternică, poate masca uneori un sindrom depresiv reactiv sau reapariţia unei depresii anterioare, al căror tratament poate fi realizat cu Anafranil (clomipramină), în doze mici iniţial, crescute progresiv pînă la 100 mg/zi (sub controlul valorilor plasmatice). Unii autori au propus utilizarea unui psihostimulent — Ritaline (metilfenidat), urmată, după obţinerea răspunsului clinic favorabil, de introducerea unui antidepresiv (FERNANDEZ şi colab., 1988).

Se estimează ca durata tratamentului să nu depăşească o săptămînă, pentru a se evita fenomenul de dependenţă şi eventualele efecte secundare.

Deoarece apariţia sindromului maniacal sau delirant nu a fost tocmai rară, introducerea unor neuroleptice ca Haldol (haloperidol) sau Clopixol (clopentixol) s-a dovedit a fi salutară, dar cu precauţia unor doze mici şi sistarea neurolepticului îndată ce evoluţia bolnavului o permite.

Sindromul demenţial se datorează cantonării virusului la nivel SNC şi impune prudenţă în alegerea psihotropului, recomandîndu-se evitarea, pe cît posibil, a produselor cu efect anticolinergic, cu potenţial nefavorabil asupra funcţiilor mnezice.



Interferenţele medicamentoase cu alte produse care se administrează bolnavilor de SIDA (antivirale, antibiotice, antimicotice etc.) ridică probleme care, în mare parte, sînt cunoscute, cu excepţia produsului antiviral AZT, a cărui asociere cu Seresta şi Témesta diminuează clearence-ul acestora şi le creşte, consecutiv, toxicitatea.

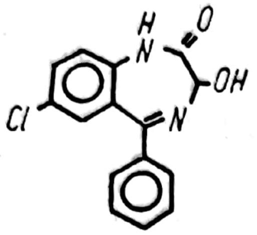
La toate acestea, se adaugă problemele de ordin etic care se pun în legătură cu toxicomanii sero-pozitivi HIV, privind continuarea consumului de opiacee sau alte droguri. Răspunsul ar trebui să ţină seama de faptul că opiaceele diminuează funcţia imunitară a organismului, agravînd deci evoluţia bolii. O soluţie mai bună ar fi realizarea unui sevraj strict supravegheat, care să conducă la sistarea drogului. Neputîndu-le deocamdată oferi bolnavilor de SIDA decît un tratament simptomatic, medicul trebuie să se străduiască, pe cît posibil, să evite producerea unor efecte nedorite în chimioterapia pe care o aplică.

416. SIDBURY-SMITH-HARLAM(S) sindrom

● Afectarea ereditară a metabolismului lipidic, manifestată clinic în primele zile de la naştere, prin convulsii, letargie, deshidratare, acidoză, hepatomegalie, trombopenie, leucopenie.

Biochimic se constată o creştere serică a acidului butiric şi hexanoic, datorită unui deficit al acildehidrogenazei. Evoluţia este letală, moartea survenind din primele luni de viaţă.

417. **SIDENAR**(M) Argentina — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-cloro-5-(0-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.



418. **SIDERACOMOFOBIE**(F) (cf. gr. *sideros* „fier" ; *choma* „terasament" ; *phobos* „frică") ● Teamă patologică, nejustificată, de calea ferată şi de tren, întîlnită în nevroza obsesivo-fobică, nevroza anxioasă, isterică, psihastenie etc.

419. **SIDERADROMOFOBIE**(F) (cf. gr. *sideros* ; *dromos* „cursă" ; *phobos*) ● Teamă patologică provocată unor subiecţi de accelerarea mersului trenului. A fost descrisă de psihiatrul V. CEIJ, la începutul secolului (1912), cînd, vitezele cu care se circula nu erau mari. Astăzi, această fobie a devenit practic necunoscută.

420. **SIDERARE** (cf. lat. *sideratus* „distrus, paralizat de o constelaţie" — din *sidus* „constelaţie, astru, stea") ● Influenţă atribuită aştrilor asupra vieţii sau sănătăţii oamenilor. Termenul reflectă vechile concepţii asupra influenţelor brutale pe care le aveau astrele asupra forţelor vitale ; mai este folosit în cazul opririi bruşte a funcţiilor cardiace şi respiratorii sub acţiunea unei lovituri, a curentului electric de înaltă tensiune etc.

În psihiatrie, termenul este legat de emoţii şi afecte. Autorii francezi (P. GUIRAUD, G. MARCHAIS) descriu siderarea afectivă ca pe o bruscă capitulare pasivă a afectivităţii sub efectul unui şoc emoţional intens. Siderarea emoţională constă din suspendarea intempestivă a reacţiilor emoţionale, ca o consecinţă a trăirii unui şoc emoţional intens (mai ales frică) → SIDERARE EMOTIVĂ.

421. **SIDERARE EMOTIVĂ** ● Stare emotivă înregistrată în timpul unor psihoze de război, descrisă de GUIRAUD şi DIDE.

Manifestările motorii, asemănătoare catatoniei, domină tabloul clinic. Subiectul pare imobilizat într-o poziţie fixă, musculatura este frecvent hipertonă, uneori înregistrîndu-se secuse generalizate. Faciesul reflectă groaza trăită de subiect, care pare detaşat de lumea exterioară, nu vorbeşte şi nu se deplasează spontan. Sugestibilitatea este crescută, subiectul mimînd cu docilitate comenzile care i se dau (MILLIAN foloseşte pentru această stare termenul de „hipnoză de luptă") ; revenirea din această stare se face progresiv, putîndu-se înregistra manifestări trecătoare de mutitate sau surdomutitate, paralizii, amauroză, pe care unii autori le identifică cu manifestările de tip isteric.

CALOUTSIS şi GUIRAUD înscriu siderarea emotivă în grupa atitudinilor de refuz al realităţii.

422. **SIDERIL**(M) Mexic — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorofenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo/4,3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acţiune antidepresivă şi valenţe anxiolitic-sedative. Efectele secundare sînt practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

423. **SIDEROFOBIE**(F) (cf. lat. *sidus* ; gr. *phobos* „frică") ● Frică patologică de tot ceea ce poate veni din cer (spaţiu sideral). Se întîlneşte la unele personalităţi psihastenice sau la indivizii cu un nivel subcultural.

424. **SIDNOKARB**(M) CSI — DCI *Mesocarb* ● Psihotrop de tip 3-(α-metilfenetil)-N-(fenil carbamoil)sidnonă imidă, cu acţiune anorexigenă şi psihostimulentă.

425. **SIEFERT-BIRNBAUM**(S) **sindrom** ● Formă de reacţie isterică de tip mitomanic, în care fabulaţiile subiecţilor sînt atît de stupide şi neverosimile, încît se aseamănă cu ideile delirante absurde. Conţinutul acestor idei este cel mai adesea fantastic, hiperbolic, de mărire, negaţie, importanţă. Conştiinţa bolnavului suferă o îngustare de tip isteric. „Delirul" îşi schimbă situaţional tematica. Sindromul a fost descris în 1908.

426. **SIEMENS**(S) **sindrom** — sin. BLOCH(S) sindrom ; CAROL-BOUR(S) sindrom ; INCONTINENTIA PIGMENTATI ; MELANOBLASTOZĂ LINEARĂ BLOCH $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BLOCH-SULZBERGER(S) sindrom.

427. **SIEMERLING-CREUTZFELDT**(S) **boală** ● Boală ereditară, care se transmite recesiv, probabil prin cromozomul X, şi afectează doar sexul masculin, reunind simptome ale bolii Addison şi bolii Schilder. Debutează în copilărie (rar în adolescenţă sau la adult), prin semne de insuficienţă suprarenaliană (melanodermie), la care, după un interval de luni sau ani, se adaugă o patologie neuropsihiatrică constînd în reducerea performanţelor, dizartrii,

pareze spastice, demenţă progresivă, care evoluează către rigiditate decerebrată. Etiologia este necunoscută. A fost descrisă de SIEMERLUNG şi KREUTZFELDT în 1923.

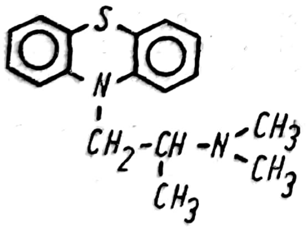
428. **SIFILIS** (de la *SYPHILUS*, numele păstorului lovit de boală de către Apollon şi vindecat cu gaiacol de nimfa America) → LUES CEREBRAL ; PARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ ; BOALĂ CLANDESTINĂ.

429. **SIFILOFOBIE(F)** (vezi *sifilis* ; cf. gr. *phobos* „frică“)—sin. *SIFILOMANIE* ● Teamă patologică de boala luetică. Poate fi întîlnită în : nevroza obsesivo-fobică, nevroza anxioasă, isterie, psihastenie, schizofrenie etc.

430. **SIGACALM(M)** Germania — DCI *Oxazepam* ● Tranchizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dinidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (4 h) ; acţiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

431. **SIGAPERIDOL(M)** Germania — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorofenil)-4-dihroxipiperidino/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

432. **SIGAZINE(M)** SUA — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativ-hipnotică, antihistaminică şi antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN(M).



433. **SIGMA — fusuri** ● Apariţia fusurilor sigma pe electroencefalogramă este caracteristică stadiului III al somnului lent (LOOMIS şi colaboratorii). În această fază de somn uşor, sînt dominante undele lente teta, cu amplitudine mică şi medie, care alternează parieto-occipital cu fusurile sigma. Fusurile sigma lipsesc în somnul rapid.

434. **SIGMADYN(M)** Italia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Indicaţiile generale sînt cele ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecţiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

435. **SIGMATISMUL** (de la *sigma*, numele grecesc al literei *s*) ● Reprezintă dificultatea pronunţării sunetelor înalte — S, Z, J — şi a combinaţiilor — PS, TS, CS. Este favorizat de o implantare vicioasă a dinţilor, de progenie, prognatism → DISLALIE.

436. **SIGISMOND — complex** ● Conflict între fiul respins şi părintele său, care conduce la un comportament de tip psihopatic, părînd să justifice într-un fel decizia paternă anterioară. Copilul nedorit devine ţinta asupra căreia se descarcă anxietatea difuză a părintelui.

Comportamentul copilului născut împotriva dorinţei unuia sau a ambilor părinţi, s-ar caracteriza prin : izolare, lipsă de sociabilitate, ermetism, copilul trăind „intr-o carapace de orgoliu, superioritate, durere şi greşeală“ (P. GARCIA VILLEGAS).

Denumirea acestui complex este împrumutată de la personajul principal din piesa „Viaţa e un vis“ de CALDERON de la BARCA, el însuşi copil respins şi nedorit.

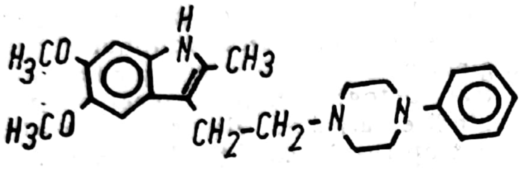
437. **SIGNOPAM(M)** Polonia — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, în timpul alăptării, la copii şi vîrstnici.

438. **SIGURANŢĂ DE SINE** ● Trăsătură de personalitate implicînd certitudine, fermitate, lipsă de îndoială, iar în plan acţional concret, precizie, eficienţă, îndemînare. Se poate manifesta constant în comportament, în modul de relaţionare socială, în acţiunile întreprinse de individ sau se poate afirma numai într-un domeniu de activitate avînd la bază anumite deprinderi bine consolidate.

Psihologic, siguranţa de sine se explică printr-o bună capacitate de autocontrol, emotivitate scăzută, rezistenţă mare la stres, în general, o bună capacitate de dominare a registrului afectiv.

Siguranţa de sine caracterizează în general normalitatea psihică şi structurările armonioase de personalitate. Poate fi însă şi demonstrativă sau formaţiune reacţională compensînd în comportamentul manifest sentimente de inferioritate latente. Se mai poate susţine psihologic printr-un complex de supraevaluare, la persoanele cu trăsături paranoide, dar în acest caz are un caracter rigid, neadaptat la situație și eventual slab ca eficiență sau funcționalitate.

439. **SILAVIDON(M)** Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.



440. **SILOGISM** (cf. gr. *syllogismos* „calcul, raționament“) ● Tip de raționament deductiv, format din cel puțin două premise, din care este derivată o judecată finală, concluzia. După tipul judecăților înlănțuite în raționament, silogismele pot fi categorice, de relație sau modale. După numărul premiselor, silogismele se împart în simple (cu două premise și o concluzie) sau compuse (cu mai mult de două premise). Teoria silogismului categoric simplu a fost elaborată de ARISTOTEL. În silogismul studiat de către acesta, dintr-o judecată de predicație universală (premisa majoră) este derivată, cu necesitate logică, o nouă judecată de predicație (concluzia), prin intermediul unei a treia judecăți de predicație (premisa minoră). Exemplu de silogism :

„Toate vertebratele care își alăptează puii sînt mamifere“.

„Toate balenele sînt vertebrate care își alăptează puii“.

„Toate balenele sînt mamifere“.

Predicatul concluziei (notat cu P) se numește termen major, iar premisa care îl conține este premisa majoră ; subiectul concluziei (notat cu S) se numește termen minor, iar premisa care îl conține este premisa minoră. În ambele premise (și numai în acestea), mai apare un al treilea termen (notat cu M), numit termen mediu. Operația logică fundamentală a silogismului este actul de mediere prin tranzitivitate, efectuat de termenul mediu între S și P. Caracterul de necesitate logică a deducției silogistice se întemeiază pe axioma silogismului, conform căreia concluzia este cu certitudine adevărată dacă premisele sînt adevărate (condiție formală). Aceasta din urmă este asigurată de respectarea legilor silogismului (referitoare atît la termeni, cît și la judecăți). După poziția termenilor în premise, silogistica aristotelică distinge patru figuri silogistice, iar în cadrul acestora — după calitatea și cantitatea judecăților componente—, mai multe moduri corecte (în total 19). Deoarece numai structura primului silogism respectă nemijlocit axioma silogismului, corectitudinea celorlalte figuri se demonstrează prin reducerea lor la modurile primei figuri.

Utilizarea corectă a silogismului este o condiție obligatorie a unui raționament deductiv corect. Aceasta necesită un anumit nivel cultural, de inteligență și o capacitate normală de raționament. Interpretativitatea și delirul din afecțiunile psihice au la bază, printre altele, și distorsionarea capacității de utilizare corectă a silogismului.

441. **SILVANUS-THOMPSON(I) iluzie** — sin. ILUZIA CERCURILOR STROBOSCOPICE ● Iluzie cu caracter fiziologic descrisă în 1878, cunoscută și sub denumirea de „iluzia de rotație“ ; constă în efectul provocat de translația circulară într-un plan orizontal în fața ochilor a unuia sau a mai multor cercuri cuprinzînd în interior o serie de alte cercuri (inele concentrice).

442. **SILVERMAN(S) sindrom** — sin. TARDIEU-SILVERMAN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPIL MALTRATAT(S) sindrom.

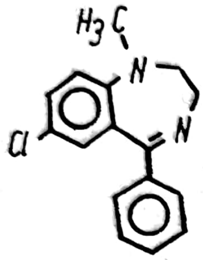
443. **SILVERSTEIN(S) sindrom** ● Tip de amiotrofie de origine corticală, cu localizare unilaterală (mîna), prezentă în tumori de lob parietal.

444. **SILVIAN(S) sindrom** ● Tulburări neuropsihice generate de obstrucția arterei cerebrale medii (silviana), prin leziuni ateromatoase sau prin embolii, antrenînd leziuni ischemice în emisfera cerebrală corespunzătoare. După gravitatea și întinderea leziunilor, s-a putut vorbi despre un sindrom silvian profund (atunci cînd este afectat teritoriul arterelor perforante), manifestat printr-o hemiplegie contralaterală severă, globală, asociată cu afazie de tip Broca (dacă este afectată emisfera dominantă), și despre un sindrom silvian superficial, care se poate manifesta fie printr-o hemiplegie senzitivo-motorie cu predominanță brahiofacială (dacă este afectat teritoriul

de irigare anterior al cerebralei medii), fie prin afazie Wernicke, apraxii, tulburări de schemă corporală și hemianopsii, dacă teritoriul posterior de irigare al arterei cerebrale medii este în suferință.

Ramolismentul total al arterei silviene asociază cele două tipuri de semne.

445. **SIMAN**(M) Argentina — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică. Are o singură contraindicație: miastenia.



446. **SIMBANTOPATIE** (cf. gr. *symban* „întîmplare"; *pathos* „încercare, experiență") ● Termen kraepelian, desemnind simptomatologia psihogenă legată de accidente grave sau „lovituri ale soartei": catastrofe naturale, războaie etc.

447. **SIMBIOTICE — psihoze** (cf. gr. *symbiosis* „trai în comun, intimitate") ● Variantă a psihozelor de grup sau colective, în care inductorul este un bolnav schizofren, iar indivizii induși dezvoltă o simptomatologie schizofreniformă. Înțelegerea acestor psihoze este legată atît de cadrul în care se desfășoară inducția, cît și de personalitatea premorbidă a indușilor. A fost descrisă de SCHARFETTER (1970).

448. **SIMBOL** (cf. gr. *symbolon* „semn") ● Semn care exprimă un anumit obiect (trofeu, talisman, emblemă, insignă), figură de stil a discursului sau element definitoriu pentru anumite modalități ale gîndirii (gîndirea mitologică, religioasă, magică, arhaică etc.). Există obiceiuri, gesturi, formule, veșminte, ceremonii simbolice; ele sînt elemente, expresii și manifestări concrete, care semnifică idei și conținuturi abstracte și complexe, unele avînd origine în vechi experiențe ale umanității.

După JONES (1925), toate simbolurile au cîteva caracteristici comune:

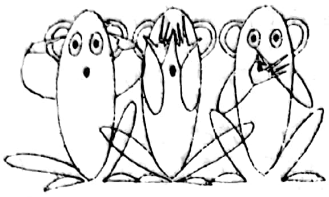
- nu posedă semnificație proprie, ci trimit la o semnificație sau la un complex de semnificații, reprezentînd o idee primară și esențială printr-o altă idee, mai puțin importantă;
- există ceva comun între simbol și elementul primar reprezentat, o asociație internă sau externă, de multe ori profundă, mergînd în inconștient;
- simbolul este sensibil și concret (perceptibil prin simțuri), în timp ce ideea reprezentată poate fi abstractă, complexă; simbolul condensează o idee sau mai multe, el condensează conținuturi;
- gîndirea simbolică este o gîndire primitivă, ontogenetic și filogenetic; este o gîndire arhaică, ale cărei modalități pot apărea în condiții de oboseală, nevroză, maladie somatică sau psihică gravă, în vis; deci ea apare în momente sau perioade în care viața mintală conștientă se estompează, se reduce ca intensitate;
- simbolul reprezintă o idee ascunsă, secretă; persoana care folosește un simbol nu este totdeauna conștientă de semnificația lui;
- în sens larg, se poate spune că simbolurile sînt spontane, automate, inconștiente; interpretarea și înțelegerea simbolului sînt acceptate cu atît mai ușor, cu cît simbolul este mai larg, mai superficial; cînd simbolul este foarte riguros (trimițînd la ceva extrem de precis), conștiința refuză semnificația (interpretarea).

Nu orice reprezentare indirectă este un simbol. După RANK și SACH (1913), „simbolul constituie ultimul mijloc de expresie a ideilor și sentimentelor reprimate. Este mijlocul cel mai adecvat de a disimula inconștientul și de a-l adapta (prin formațiunile de compromis) la noile conținuturi ale conștiinței. Folosim termenul de simbol pentru a desemna un gen special de reprezentare indirectă, diferit de metaforă, alegorie, aluzie și de orice altă formă de prezentare prin imagine a materialelor intelectuale (...). Simbolul reprezintă o unitate ideală a mai multor modalități de expresie: el este o expresie perceptuală substitutivă, destinată să înlocuiască un lucru ascuns, lucru de care simbolul este legat prin anumite caractere comune sau prin asociații interne". Simbolul presupune amestec și condensare.

Caracteristicile simbolului, după RANK și SACH, sînt:

- reprezintă elemente psihice inconștiente;
- posedă semnificații invariabile;
- este independent de determinările individuale;
- poartă amprenta evoluției vieții mintale și sociale a umanității;

- se află în conexiunile lingvistice (studii etimologice şi semantice, arată că semnul-simbol prezintă asociaţii lingvistice cu ideea sau lucrul pe care o sau îl semnifică, deşi aceste asociaţii sînt aparent insesizabile) ;



- prezintă paralele filogenetice cu miturile, culturile, religiile (unul şi acelaşi simbol sau o categorie de simboluri se întîlneşte în diverse domenii ale vieţii mintale, ale vieţii sociale, în diverse epoci, în mituri, povestiri, cărţi sacre etc.).

Baza oricărui simbolism este o identificare originară. După FREUD, „raportul simbolic pare să reprezinte un rest şi un semn al unei identităţi care exista altădată", în epocile primitive (o identitate conceptuală şi verbală). Astfel, psihanalitic, gîndirea simbolică reprezintă o formă inferioară de gîndire ; derogaţiile psihoticilor conţin multiple simboluri. Gîndirea primitivă (şi gîndirea supusă regresiunii) este lipsită de claritate şi diferenţiere ; ea se caracterizează printr-o incapacitate de a sesiza lucrurile în mod delimitat şi diferenţiat, incapacitate în care factorul afectiv joacă rol important. Simbolul necesită/presupune un mod de gîndire foarte simplu : simbolul este senzorial (cel mai frecvent vizual), concret; deci simbolul ar fi substituţia automată, reprezentată printr-o idee concretă sau prin imaginea ei vizuală, a unei alte idei sau imagini inconştiente. Sursa simbolismului se află în inhibiţia sentimentelor, inhibiţie care împiedică comunicarea lor, mai ales cînd aceste sentimente se situează într-o anumită zonă a vieţii psihice, supusă celor mai puternice inhibiţii. Astfel, de exemplu, simbolurile sexuale sînt în număr mult mai mare decît alte simboluri, pentru că sexualitatea a suportat cele mai multe rigori şi inhibiţii. Tendinţa de identificare, deşi implică o lipsă de discriminare, nu presupune o dezvoltare intelectuală insuficientă ; identificarea obiectelor între ele prin sesizarea unor analogii (aceste obiecte putînd fi lucruri, persoane, experienţe etc.) face ca obiectele noi să fie mai uşor asimilabile (necunoscutul este mai uşor şi mai plăcut asimilabil dacă el se asociază cu un element cunoscut).

În sens foarte strict, simbolismul are două caracteristici principale : procesul (simbolizării) este complet inconştient ; afectele implicate în ideea simbolizată nu pot fi sublimate. Nici o altă reprezentare indirectă nu deţine aceste două însuşiri. Există cîteva idei esenţiale (fapte, evenimente) care sînt simbolizate, dar există un număr aproape nedefinit de simboluri. Procesul de simbolizare (ca proces de formare a simbolurilor) are la bază un proces de regresie de la nivelul unei semnificaţii (semnificări) superioare la nivelul unei semnificaţii (semnificări) inferioare ; conştiinţa nu acceptă uşor (uneori nu acceptă deloc) relevarea semnificaţiei reale a simbolului, întrucît această semnificaţie este strîns legată (sau chiar reprezintă) un conţinut inconştient. Formarea simbolurilor (prin regresie) presupune un eşec al sublimării ; complexul primar tinde să se reafirme, dar inhibiţia împiedică această afirmare într-o formă primitivă ; astfel, complexul primar se reafirmă printr-un echivalent simbolic, ce conţine semnificaţia complexului primar şi o ascunde. Aşa se petrec lucrurile în simptomatologia nevrotică, în special în nevroza obsesională. Opinia lui SILBERER (reprezentant al post-psihanaliştilor) că simbolurile sînt reprezentări ale sublimărilor nu poate fi acceptată, întrucît simbolizarea presupune o eşuare a sublimării. Simbolul şi metafora au trăsături comune, dar sînt esenţial diferite.

Funcţia esenţială a simbolului, în sens foarte larg, constă în depăşirea inhibiţiei în exprimarea unui sentiment ; forţa acestui sentiment fiind prea puternică şi supusă unei rigori (de cele mai multe ori morale), exprimarea cea mai adecvată devine simbolul. Procesul de regresie care generează simbolul operează o trecere spre un mod simplu de percepţie şi gîndire. Cînd regresia este superficială şi conştientă, rezultă simbolismul funcţional (SILBERER). Cînd regresia este profundă, sub influenţa energiei/forţei complexului inconştient, simbolismul este strict. Astfel, în arta psihopatologică (şi, într-o anume măsură, în arta primitivă) sînt frecvente simbolurile în sens strict şi nu metaforele. Simbolul presupune regresie şi eşec al sublimării. Metafora este o sublimare reuşită, dincolo de efortul realizării ei (→ ARHETIP, MIT, MITOLOGIE).

449. SIMBOL MNEZIC ● Termen legat de traumatismul patogen, de conflict. Se referă la faptul că simptomul isteric este un simbol mnezic al acestui traumatism. FREUD foloseşte expresia de simbol mnezic pentru a denumi simptomul isteric. În isterie, simbolul mnezic rămîne ca un „parazit, fie sub formă de inervaţie motrică ireductibilă, fie ca senzaţie halucinatorie recurentă“. Simptomele isterice sînt elemente comemorative pentru evenimentul traumatizant.

450. **SIMBOLIC** (vezi *simbol*) ● Utilizat ca substantiv, de J. LACAN, termenul desemnează unul dintre cele trei registre esenţiale în psihanaliză (simbolicul, imaginarul, realul), referindu-se la acele fenomene care se organizează şi se structurează ca un limbaj.

Termenul a mai fost folosit de către FREUD, în „Interpretarea viselor“ („simbolică“ — *la symbolique, die Symbolik*). Pentru FREUD, simbolica reprezintă ansamblul simbolurilor cu semnificaţie constantă care apar în producţiile inconştientului.

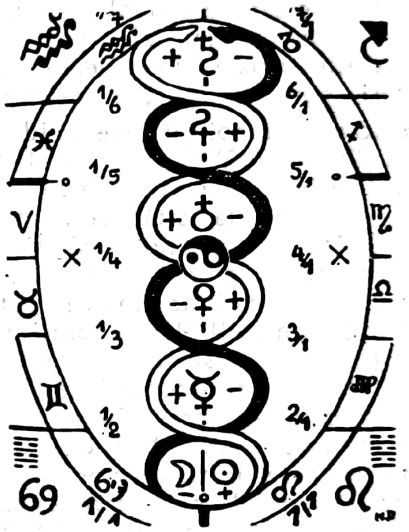
Simbolica freudiană diferă de simbolica lacaniană. FREUD pune accentul pe relaţia dintre simbol şi simbolizat, în timp ce pentru LACAN primează structura sistemului simbolic; LACAN consideră legătura simbol-simbolizat secundară şi încărcată de imaginar. FREUD recunoaşte (şi în acest sens concepţia lui LACAN se leagă de cea a lui FREUD) că există o caracteristică a imaginilor şi simptomelor, constînd în aceea că ele se exprimă într-o „limbă fundamentală“ şi universală. F. de SAUSSURE consideră că, în limbă, nu există o legătură între semnificantul lingvistic şi semnificat; semnificantul lingvistic trimite la semnificaţie doar în măsura în care el este integrat într-un sistem semnificant. LÉVI-STRAUSS, folosind teoria structuralistă în studiul faptelor culturale, consideră că orice cultură este „un ansamblu de sisteme simbolice, în care în primul rînd se plasează limbajul (regulile matrimoniale, raporturile economice, arta, ştiinţa, religia)“.

J. LACAN foloseşte noţiunea de simbolic în psihanaliză referitor la „discursul subteran“ al inconştientului, la faptul că inconştientul se structurează ca un limbaj. Nu subiectul elaborează acest discurs, nu subiectul vorbeşte, ci „este vorbit“; în perspectivă lingvistică, psihanaliza descoperă/stabileşte raporturile limbajului dorinţei cu limbajul conduitei şi al cuvîntului. LACAN nu vede o legătură fixă între semnificant (simbol, semn) şi semnificat (simbolizat, conţinut latent).

Pentru LACAN, simbolicul desemnează o structură ale cărei elemente funcţionează ca semnificanţi; pe de altă parte, simbolicul reprezintă o lege, o ordine prestabilită, în care individul uman se inserează (în acest sens, expresia „tată simbolic“ nu trimite nici la tatăl real, nici la tatăl imaginar, ci reprezintă o instanţă care elaborează şi instaurează legea).

451. **SIMBOLISM** ● Termenul desemnează în sens larg, un mod indirect şi figurat de reprezentare a unei idei, dorinţe, conflict; în perspectivă psihanalitică, orice formaţiune substitutivă poate fi calificată drept simbolică. În sens restrîns, prin simbolism se înţelege acel mod de reprezentare caracterizat printr-un raport constant între simbol şi conţinutul (inconştient) simbolizat. Acest raport se întîlneşte atît la persoane, cît şi în diferite domenii ale activităţii spirituale (religie, mitologie, artă, folclor, limbaj), în toate spaţiile culturale.

Noţiunile „simbolic“, „a simboliza“, „simbolizare“, „simbol“ sînt foarte mult folosite, cu diverse semnificaţii, de diferite discipline ştiinţifice (epistemologie, lingvistică, psihanaliză, etnologie, istoria religiilor etc.).



LAPLANCHE şi PONTALIS (1973) încearcă o sistematizare a accepţiunilor simbolismului în literatura psihanalitică. Simbolurile intră în categoria semnelor. LALANDE defineşte simbolul ca semn care „evocă, printr-un raport natural, ceva absent sau imposibil de perceput“. În cazul simbolurilor matematice şi al simbolurilor lingvistice, nu există „un raport natural“, o corespondenţă prin analogie între semn şi lucrul reprezentat. În psihologie, conduita simbolică presupune faptul că subiectul a diferenţiat o realitate ireductibilă la lucrurile percepute ca atare. Termenul de simbol se foloseşte şi într-un sens care nu presupune, cu necesitate, o relaţie internă între simbol şi simbolizat (LÉVI-STRAUSS în antropologie, J. LACAN în psihanaliză).

Din punctul de vedere al relaţiei concret-abstract, simbolul nu reprezintă, în mod exclusiv, o trecere de la abstract la concret, atît simbolul cît şi simbolizatul putînd fi elemente concrete. În accepţiunea largă a termenului, se spune despre vis sau simptom că sînt expresia simbolică a dorinţei sau a conflictului defensiv (dorinţa şi conflictul se exprimă indirect, figurat, în vis, într-o formă mai mult sau mai puţin deghizată). În general, termenul simbolic se referă la relaţia dintre un conţinut manifest (comportament, idee, cuvînt) şi semnificaţia sa latentă (de exemplu, cînd un act, un gest, nu sînt reductibile la motivaţiile conştiente pe care persoana le poate da). În perspectivă psihanalitică, unii autori consideră că simbolismul presupune un simbolizat inconştient ; astfel, deplasarea, condensarea, supradeterminarea sînt mecanisme care implică simbolizarea (ca operaţie, proces prin care, de pildă, o semnificaţie se substituie alteia şi o maschează, în acest fel exprimînd-o). La FREUD, sensul noţiunii de simbolism este mai restrîns. În „Studii asupra isteriei“ (1895), FREUD vorbeşte despre formarea simptomelor ca urmare a unui determinism asociativ şi a unui determinism simbolic ; un simptom se poate produce ca urmare a unui traumatism, prin legătură asociativă între evenimentul-traumă şi manifestarea-simptom ; dar, în acelaşi timp, simptomul poate simboliza ceva, într-un sens moral sau fizic. În „Interpretarea viselor“ (1900), FREUD recunoaşte existenţa simbolurilor în cadrul viselor ; aceste simboluri există în gîndirea inconştientă ; ele apar în vis în mod frecvent, pentru că visul ca activitate nu este supus cenzurii.

Simbolurile, după FREUD, se caracterizează astfel (LAPLANCHE şi PONTALIS) : ele apar, în vis, ca „elemente mute“ ; simbolismul presupune un raport constant între manifestare şi semnificaţia manifestării (acest raport există atît în vis, cît şi în alte forme de activitate, în simptome etc.) ; simbolul este fix, dar el poate avea mai multe sensuri ; la baza acestui raport constant stă analogia (de formă, de funcţionare, de mărime etc.). Între simbol şi simbolizat poate exista şi o relaţie de contrast sau de contiguitate.

În psihanaliză, simbolurile sînt în număr mare, dar conţinuturile simbolizate sînt restrînse (naştere, moarte, părinţi, rude, sexualitate). Sensul simbolului este inconştient, el se descoperă prin interpretare. Descifrarea unui vis se bazează, pe de o parte, pe asociaţiile libere ale subiectului (analiza, interpretarea lor), pe de altă parte, pe interpretarea simbolurilor, care este oarecum independentă — simbolurile se organizează într-un limbaj propriu şi fix. Ceea ce variază sînt sensurile simbolurilor.

452. SIMBOLIZARE (cf. fr. *symboliser* : vezi gr. *symbolon* „semn“) ● Proces de formare a simbolurilor, geneza simbolurilor. Este un proces analog formării visului şi simptomului, inconştient, presupunînd regresie de la un nivel superior de semnificare la un nivel inferior, regresie provocată de eşecul sublimării (→ SIMBOL).

453. SIMETROMANIA (cf. gr. *symmetros* „simetric“ ; *mania* „nebunie“) ● Tulburare motorie, descrisă de M. STERBERG (1931) ca o tendinţă impulsivă de a efectua mişcări simetrice cu mîinile, cu degetele, cu ochii etc.

454. SIMMONDS(8) sindrom — sin. HIDROCEFALIE OTOGENĂ ● Sindrom întîlnit frecvent la copiii cu otită medie, caracterizat clinic prin hipertensiune intracraniană (cefalee, vărsături şi stază papilară). Cauzele hipertensiunii intracraniene par a fi creşterea cantităţii de lichid cefalorahidian sau edemul cerebral. Cefaleea se instalează în partea a doua a nopţii, este accentuată de poziţia declivă a capului, de tuse sau efort fizic şi calmată incomplet ori neinfluenţată de vărsături, analgezice sau repaus. Vărsăturile sînt matinale, fără sforţare şi fără vreo legătură cu orarul alimentaţiei. Staza papilară este precedată de o creştere a tensiunii arterei centrale a retinei, ştergerea conturului papilar şi edem papilar.

Evoluţia şi prognosticul sînt, în general, favorabile, dacă tratamentul antiinfecţios este precoce.

455. SIMON Théodore (1873—1961) ● Psihiatru francez, preocupat de problema determinării vîrstei mintale. Îşi începe activitatea ca intern al spitalelor psihiatrice din arondismentul Senei (1898) şi al Coloniei de copii arieraţi de la Perray-Vaucluse (unde va reveni, în 1920, în calitate de medic şef), iniţiind o îndelungată şi fructuoasă colaborare cu A. BINET (1899—1911), împreună cu care prezintă, în anul 1905, în revista „L'année psychologique“ studiul privind „necesitatea stabilirii unui diagnostic ştiinţific al stărilor inferioare de inteligenţă“.

După susţinerea tezei „Documents relatifs à la corrélation entre le developpement physique et la capacité intellectuelle“, SIMON funcţionează succesiv la Dury-lès-Amiens, Sainte-Anne, Saint-Yon, pentru ca, în 1936, să-i urmeze lui E. TOULOUSE la spitalul Henry-Rousselle. După o bogată activitate didactică, este numit director al Laboratorului de Pedagogie Experimentală, înfiinţat în 1906. Marea realizare a lui SIMON o constituie crearea, împreună cu A. BINET, a primei scări metrice privind dezvoltarea inteligenţei (1905).

456. **SIMPATICO-/SIMPATO-** (cf. gr. *sympathein* „a fi alături de cineva") ● Elemente de compunere care introduc referirea la sistemul nervos simpatic.

457. **SIMPATALGIE**$^{(8)}$ **sindrom** (cf. *simpato-* ; gr. *algos* „durere") ● Sindrom caracterizat prin dureri persistente, trenante, cu caracter de arsură, însoțite de manifestări vegetative și trofice respectînd topografia nervoasă. Se datorează unor leziuni iritative ale fibrelor simpatice amielinice algoconducătoare. Elementul de diferențiere de funcțional îl constituie respectarea topografiei nervoase și localizarea strictă a fenomenelor vegetative.

458. **SIMPATIC CERVICAL POSTERIOR**$^{(8)}$ **sindrom** ● Asociere a vertijului cu cefaleea occipitală, în iritația simpaticului cervical prin leziuni de cervicartroză.

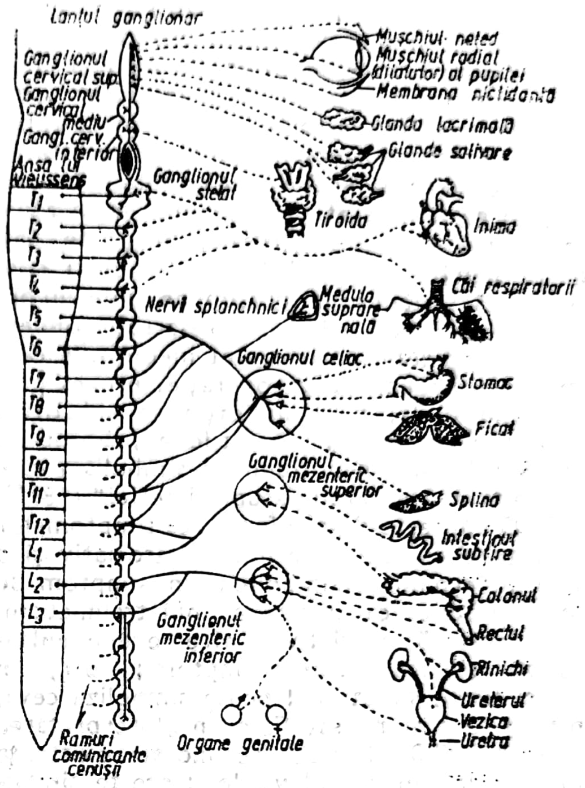
A fost descris de A. BARRÉ. Pune probleme de diagnostic diferențial cu cefaleea nevrotică.

459. **SIMPATIC — sistem nervos** ● Componentă a sistemului nervos vegetativ, aflată în antagonism funcțional constant cu parasimpaticul, cu acțiune ergotropă, eliberatoare de energii, stimulatoare, și al cărei rol esențial devine evident în situații stresante, cînd împreună cu medulosuprarenala (cu care formează, de fapt, sistemul simpato-adrenergic) adaptează organismul la suprasolicitare.

Anatomic, este structurat ca și parasimpaticul, prezentînd o porțiune centrală, intranevraxială, și o porțiune periferică, extranevraxială.

Centrii simpatici se află la nivel medular, în coarnele laterale, bine reprezentate între C_8—L_2, porțiune a măduvei din care iau naștere ramurile comunicante albe. Între C_8—T_2, se află centrul cilio-spinal, cu acțiune iridodilatatoare, între T_2—T_{3-4}, se află centrii cardioacceleratori, iar între T_6—L_2, se află centrii abdominopelvini, ce controlează activitatea organelor din aceste teritorii. Centrii sudorali, vasomotori și pilomotori sînt localizați între T_1—T_4, pentru cap și git, T_4—T_7, pentru membrele superioare, și T_{10}—T_{12}, pentru membrele inferioare.

Centrii simpatici medulari se află sub influența modulatoare exercitată de trunchiul cerebral, hipotalamus (grupul de nuclei posteriori) și unele arii corticale.


Lanțul ganglionar
Ganglionul cervical sup.
Ganglionul cervical mediu
Gangl. cerv. inferior
Ansa lui Vieussens
T1
T2
T3
T4
T5
T6
T7
T8
T9
T10
T11
T12
L1
L2
L3
Ganglionul stelat
Mușchiul neted
Mușchiul radial (dilatator) al pupilei
Membrana nictitantă
Glanda lacrimală
Glande salivare
Tiroida
Inima
Căi respiratorii
Nervi splanchnici
Medulo suprarenală
Ganglionul celiac
Stomac
Ficat
Ganglionul mezenteric superior
Splina
Intestinul subțire
Colonul
Rectul
Ganglionul mezenteric inferior
Rinichi
Ureterul
Vezica
Uretra
Organe genitale
Ramuri comunicante cenușii

SISTEMUL NERVOS VEGETATIV SIMPATIC

Componenta simpatică extranevraxială este formată din trei segmente :

- laterovertebral, reprezentat de un lanț de ganglioni situați de o parte și de alta a coloanei vertebrale și individualizați astfel : grup cervical, toracal, lombar, sacral ;
- segment prevertebral sau previsceral, format din mase ganglionare și fibre nervoase eferente, situate înaintea coloanei vertebrale sub forma unei rețele plexiforme ;
- segment intravisceral, format din celule și fibre vegetative, aflate în intimitatea viscerelor.

Această componentă extranevraxială a simpaticului este conectată cu cea intranevraxială prin fibre preganglionare, la nivelul joncțiunii dintre ele eliberîndu-se ca mediator chimic acetilcolina. Fibrele postganglionare, care fac conexiunea cu organele efectoare, eliberează, la joncțiunea cu acestea, noradrenalina, prin intermediul căreia se realizează efectele simpatice.

La realizarea efectelor simpatice participă diferențiat alfa- și beta-receptorii la nivelul organelor. Substanțele cu acțiune alfa- și beta-stimulante sau -blocante, adrenoliticele și adrenomimeticele utilizate în psihiatrie, interferează cu acțiunea simpaticului fie prin intermediul mediatorilor chimici, fie prin intermediul receptorilor. Trebuie menționate reacțiile adverse vegetative de tip antiadrenergic exercitate de neuroleptice, precum și utilizarea adrenergicelor (amine simpatomimetice de sinteză) pentru combaterea lor.

Centrii simpatici medulari determină, odată stimulați prin intermediul nervului marele splanhnic, eliberarea de adrenalină din glanda medulosuprarenală. Adrenalina activează complexul hipotalamo-hipofizo-suprarenal, ceea ce reprezintă una dintre modalitățile principale de activare a lanțului neuro-endocrino-metabolic, în cadrul reacțiilor ergotrope nespecifice de apărare, încadrate de SELYE (1947) în sindromul general de adaptare (→ ADAPTARE).

Dominanța tonusului simpatic produce sindromul simpaticotonic, caracterizat prin accelerarea ritmului cardiac în repaus ; proba la atropină este neconcludentă, reflexul oculocardiac este discret sau inversat, iar sensibilitatea la simpaticomimetice este foarte mare. De regulă, hipotonia vagală este însoțită de manifestări de tip hipersimpaticoton, dar, ca și vagotonia, simpaticotonia pură este rară, cele două sisteme antagoniste fiind interconectate, mai ales funcțional.

460. **SIMPATICOTONIE** (cf. *simpato-* ; gr. *tonos* „tensiune") ● Predominanța tonusului simpatic.

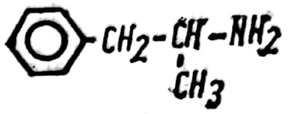
461. **SIMPATICOTROP** (cf. *simpato-* ; gr. *tropos* „rotire, întoarcere") ● Cu afinitate pentru structurile nervoase simpatice.

462. **SIMPATIE** (cf. gr. *sympatheia* „compasiune, simpatie") ● Atracție, afinitate pentru o persoană, o cauză etc. Simpatia pentru o persoană presupune un sentiment de afecțiune față de aceasta, de sprijin și aprobare a acțiunilor ei. Simpatia poate fi generată de simpla atracție fizică față de o persoană sau de înțelegerea sau atașamentul față de modul de a gîndi și de a se comporta al acesteia, față de ideile sale, față de cauza la care a aderat.

● Legătură, raport între organe simetrice, care face ca, atunci cînd unul este afectat, să sufere și celălalt.

463. **SIMPATINĂ** ● Descoperită de LOEWI, în 1921, a fost identificată în 1946, de către BLEULER, cu amestecul de adrenalină și noradrenalină (catecolamină).

464. **SIMPATINA**$^{(M)}$ Spania — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine : noradrenalină și dopamină), avînd un efect preponderent



stimulator asupra sistemului nervos central și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia ; poate fi utilizat însă și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

465. **SIMPLENOX**$^{(M)}$ Mexic — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NITRAZEPAM$^{(M)}$ România.

466. **SIMPLE**$^{(H)}$ **halucinații** cf. fr. *simple* : vezi lat. *simplex*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ELEMENTARE$^{(H)}$ halucinații.

467. **SIMPTOM** (cf. gr. *symptoma*) ● Manifestare, tulburare sau senzație anormală resimțită de o ființă (DEP) și care poate indica prezența unei boli — semn, indiciu al unei stări anormale. În concepția autorilor Dicționarului Medical (1969) este asimilat drept semn întîlnit în cursul unei afecțiuni avînd dublă valoare, atît diagnostică cît și prognostică $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SEMN — sens medical.

468. **„SIMPTOM SEMNAL"** ● Simptom inițial al unei crize de epilepsie parțială (cîteodată, secundar generalizată), permițînd să se depisteze originea descărcărilor neuronale de care depinde criza. O criză tonico-clonică debutînd, spre exemplu, cu fosfene în cîmpul vizual drept este de presupus că își află originea la nivelul unei leziuni a regiunii occipitale posterioare stîngi.

Prezintă o importanță diagnostică deosebită, care poate scurta mult și simplifica explorările paraclinice.

469. **SIMPTOM-ȚINTĂ** (cf. gr. *symptoma*) ● Semn în cadrul unei afecțiuni, vizat în prim-planul unui act terapeutic. În psihiatrie, de exemplu, simptomul țintă (ca anxietatea, depresia, agitația psihomotorie, insomnia, manifestările conversive etc.) este „atacat" cu ajutorul anxioliticelor, antidepresivelor, neurolepticelor sedative etc.

Terapia simptomatică nu reprezintă decît o etapă inițială în cadrul tratamentului general al bolilor psihice, fiind urmată, de la caz la caz, de planuri terapeutice distincte.

470. **SIMSON Tamara** (1893—1960) ● Psihiatru rus. Îşi face studiile la Moscova şi, din 1919, va lucra ca asistentă la catedra de psihiatrie a universităţii din acest oraş. Din 1925 pînă în 1940 este profesor la Institutul de Medicină, iar din 1941 pînă în 1944 director ştiinţific al spitalului orăşenesc de psihiatrie. După 1945, conduce secţia infantilă a Institutului de Psihiatrie al Academiei. Prin lucrările sale, a pus bazele psihiatriei infantile din Rusia, dedicîndu-şi o mare parte din lucrări studiului schizofreniei, nevrozelor şi sechelelor postinfecţioase la vîrsta copilăriei.

Dintre lucrările sale cele mai importante, pot fi menţionate: „Psihogeniile la vîrstă tînără" (1929), „Neuropsihologia copilului" (1935), „Schizofrenia infantilă" (1948), „Prevenirea şi tratamentul nevrozelor la copil".

471. **SIMŢ — organ de** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANALIZATOR.

472. **SIMULARE (cf. lat.** ***simulare*** „a se preface") ● Manifestare comportamentală (verbală sau gestuală) falsă, în scopul obţinerii unui beneficiu.

În psihopatologie, are semnificaţie de producere voluntară şi prezentare de false simptome somatice sau psihice, pentru atingerea unui scop urmărit de individ. Imitaţia bolii este subtilă sau grosieră, conştientizată ca scop şi realizare.

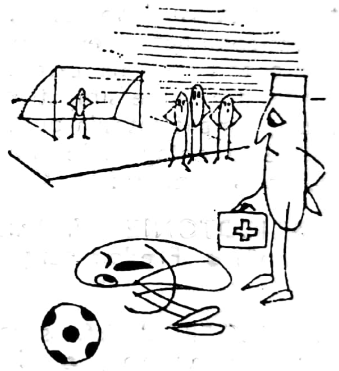
După C. BARROIS (1986), simularea, „o lume teatralizată de minciună", este, în primul rînd, desemnarea unei probleme înainte de a fi o chestiune de conduită particulară.

Diagnosticarea simulării este la fel de grea sau mai grea chiar decît cea a bolii pe care bolnavul doreşte să o simuleze, deoarece simularea implică un amalgam indestructibil cu tulburările psihice reale (V. PREDESCU, 1983).

O serie de concepte se cer precizate:

- simularea imită simptome sau stări;
- simulacrul este un gest totuşi real;
- suprasimularea este o accentuare deliberată a unui tablou real, la care se adaugă simptome noi;
- exagerarea este diferită de suprasimulare prin faptul că nu creează simptome noi;
- metasimularea este un caz particular al exagerării în conduita temporală, perseverarea într-o fostă situaţie patologică care s-a vindecat;
- afirmarea mincinoasă presupune sugerarea şi invocarea anumitor simptome, dar nu le reproduce;
- suprasimularea (J. INGEGNIEROS, 1903) este exagerarea voită a unei patologii psihice preexistente, precum şi îmbogăţirea ei cu unele aspecte obţinute prin „contaminare" intraspitalicească sau prin inducţie (care, eufemistic, poate fi numită „iatrotreptică");
- disimularea este o simulare a normalităţii;
- simularea simulaţiei este o disimulare întîrziată, bolnavul susţinînd că a păcălit psihiatrii ca să îl declare bolnav („am făcut pe nebunul"); scopul este acelaşi cu al disimulării;
- „falsa simulare" nu are un scop utilitar manifest, fiind legată de o simbolistică şi o motivaţie incomprehensibile.

SOLLIER (1915) face o descriere sintetică a celor trei mecanisme implicate în fenomenul simulării, afirmînd că simularea pură este „creatoare", exagerarea — „amplificatoare", perseverarea — „fixatorie".



Simularea pune problema personalităţii simulantului şi a motivaţiilor psihologice care îl conduc spre un astfel de comportament. FLICKER aprecia că un procent foarte ridicat (95%) din conduitele de simulare se întîlnesc la personalităţi patologice sau la subiecţi în stare de criză psihologică. Rezultă implicit că simularea „pură" s-ar întîlni rar, mult mai frecventă fiind suprasimularea.

Elementele care dau o probabilitate crescută pentru aprecierea unui comportament ca fiind o simulare sînt (după SPITZER şi colaboratorii):

- circumstanţele medico-legale (comisie de examinare);
- discrepanţa mare între acuzele persoanei şi realitatea faptică (elementele obiective nu susţin acuzele persoanei);
- lipsa de cooperare a pacientului în relaţia cu medicul (diagnosticarea simptomelor, prescrierea tratamentului);
- personalitatea antisocială.

Trebuie făcută distincția între simulare și tulburările factice de personalitate (acestea din urmă nu sînt legate de circumstanțe specifice, ci de psihologia persoanei; de exemplu, menținerea simptomului dintr-o necesitate intrapsihică și nu dintr-o necesitate situațională, exterioară).

Ca fenomen medical istoric, simularea poate fi întîlnită în cele mai vechi texte medicale sau literare:

- DAVID, pentru a fugi de regele SAUL, se refugiază la regele din Gath, simulînd nebunia („Vechiul Testament");
- ULISE, pentru a evita să plece în războiul troian, simulează grave tulburări mintale, semănînd sare pe cîmp și arînd pămîntul cu un atelaj compus dintr-un bou și un cal („Iliada");
- SOSIS se mutilează voluntar, producîndu-și răni cu briciul de ras, pentru a stîrni mînia populară împotriva conducătorului cetății; descoperit ca simulant, este executat (PLUTARH, secolul al IV-lea î.e.n.);
- GALEN este primul medic care publică texte privitoare la simulație;
- Baptiste SILVIATICUS (1594) publică primul tratat dedicat simulării („De iis qui morbum simulant deprehendendis liber");
- C. CODRONOCHII (1597) concepe un tratat de medicină legală în care este prezentată problema simulației;
- Paul ZACCHIAS (1688) în „Questionarum medicolegalium" pune problema simulării afecțiunilor mintale, pe care o consideră facil de realizat;
- F. HOFFMANN — „De morbis fictis" (1700);
- C. F. LUTEER — „Disertatio de morbis simulatio ac dissimulatio" (1728);
- DIEULAFOY (1908) creează termenul de patomimie pentru a descrie acele maladii somatice simulate;
- una dintre primele lucrări psihiatrice traduse și comentate în limba română este „Afecțiuni simulate și mijloace de recunoaștere" (MILEȚICIU, 1902).

Numărul lucrărilor privitoare la diversele aspecte ale simulării și mai ales la raportul simulare-isterie depășește ordinul sutelor, o trecere în revistă exhaustivă fiind practic imposibilă.

Factorii motivaționali ai simulării pot fi sistematizați astfel:

- tentativa de a anula rigorile legii prin clauze privind responsabilitatea atenuată;
- proiecte diverse, în care condiția de bolnav mintal ar fi în favoarea individului;
- dorința de a anula un contract financiar sau chiar afectiv;
- căutarea unei recompensări momentane sau viagere cît mai ridicate pentru o invaliditate;
- obținerea unor prescripții medicale gratuite sau a unor psihotrope pentru farmacodependenți, a statutului de bolnav sau a prelungirii acestui statut în condițiile unei protecții spitalicești.

Alegerea bolii simulate are la baza cîțiva factori care o pot direcționa, opțiunea pentru domeniul psihiatriei nefiind întîmplătoare, acesta părînd încă (din păcate nu numai pentru neinițiați) „o țară a tuturor posibilităților". Poate fi însă amintită opinia lui GEORGET, care cu aproape un secol în urmă afirma: „nu cred că un individ care nu s-ar ocupa în mod special de bolnavi mintal ar putea simula o boală psihică la nivelul la care ar putea înșela un medic".

După BARROIS (1986), coordonatele individuale ale alegerii bolii de simulat ar fi:

- propriile informații ale subiectului asupra bolii mintale;
- reprezentările și credințele proprii față de aceste informații și de boală;
- evaluarea capacităților personale de a „juca" un anumit rol și a aptitudinilor de a-l susține în fața medicilor, surorilor, eventual a prietenilor și rudelor.

Dacă oricare manifestări pot fi învățate, cele mai frecvente totuși vor fi:

- cele clasice, cunoscute de public;
- cele globale, care nu necesită un „joc subtil";
- cele care se referă la conduite nonverbale, mai ușor de realizat (pantomimă, teatru de situație, cinematograf mut).

În cazul simulării, rolul de bolnav e dificil de susținut, fiind deseori imposibil de realizat cu resursele noetico-afective și culturale ale unor subiecți, resurse pe care motivația psihologică nefiind destul de puternică nu le poate mobiliza total (miza pensionării, de exemplu, nu este o miză vitală, iar sancționarea simulării este inexistentă, mai mult chiar, ea oferă posibilitatea unei descărcări catharctice subculturale la adresa examinatorilor, în caz de nereușită).

În cazul suprasimulării însă, lucrurile sînt mai complicate. Capacitatea bolnavului de a produce simptome este utilizată conștient, dorinței naturale a oricărui individ de a fi sănătos opunîndu-i-se scăderea entropiei psihice, fapt generator de dezordine, care se grefează peste tendințele temperamentale, conducînd la comportamentul pseudonosologic, într-un sens previzibil. Printre situațiile înregistrate se numără :

- Pitiatici antrenați de tendințele lor de a-și inventa și exterioriza atitudinile sau mimicile particulare, cumulînd deseori producția de manifestări isterice și simulate. Contrafacerile, imitațiile grosiere și caricaturale sînt frecvente la subiecții primitivi.
- Debili mintal exageratori — unii dintre ei cu tendințe stupide, asociate cu sugestibilitate excesivă, emotivitate superficială, vanitate prostească, uneori cu o ușoară hipomanie, reacționînd deseori prin agitație artificială, contrafăcută, atitudini afectate, manieriste, pe care le susțin mai mult sau mai puțin timp. Puerilismul mintal e deseori realizat de acești „comedieni de slabă anvergură". Trebuie de asemenea subliniată încăpățînarea tenace, care în lipsa capacității de reflexie, îi face să persevereze chiar atunci cînd sînt demascați.
- Depresivi care supraîncarcă o patologie cu care au fost confruntați cel mai adesea reactiv și care folosesc refugiul în boală ca o modalitate compensatorie. Depresivii exageratori își pot anunța (uneori zgomotos) intențiile suicidare sau chiar fac tentative mai mult sau mai puțin sincere, destinate atragerii sentimentului de milă. Nu trebuie uitat, în fața acestor cazuri, că depresivul major își disimulează suferința și în nici un caz nu și-o suprasimulează.
- Unii impulsivi agitați, cel mai adesea degradați pe fond toxic, perverși, caută, amplificîndu-și tarele, să le exploateze cu bună știință. Alții se consideră victime ale injustiției și persecuției, manifestîndu-se brusc, prin crize excito-motorii declanșate voluntar, pasagere și facil reductibile.

Al treilea aspect îl constituie metasimularea, care ar reprezenta perseverarea într-o situație patologică existentă anterior, de a cărei întrerupere pacientul este conștient, dar în care continuă să se refugieze din cauza unor interese evidente. Ieșirea dintr-o stare confuzională sau depresivă, dintr-o psihoză reactivă nu urmează calea normală, deși este evident că subiectul nu e nicidecum inconștient de situația sa fiziologică (se hrănește și doarme normal), economică (acuză lipsa de mijloace materiale) și socio-profesională („cum pot eu să merg la lucru ?").

Dificultățile deosebite în legătură cu metasimularea apar în expertizarea stărilor generate de traumatismele craniocerebrale. Refuzul de a recunoaște vindecarea este cu atît mai violent, cu cît circumstanțele de producere a traumatismului sînt legate de un accident de muncă, de un accident de circulație sau de lovire corporală și aproape inexistente atunci cînd subiectul însuși poartă responsabilitatea producerii leziunii.

Tablourile clinice sub care se prezintă simularea în diferitele ei forme țin de capacitatea fiecărui simulant de a și le compune, după tratament, resurse intelectuale și imaginative, precum și după rezistență. Ele se grupează (după A. POROT) în jurul a trei mari categorii :

- atitudini negative (stupoare, mutism, surdo-mutitate, hebetudine, amnezii) ;
- atitudini agitate și delirante (pseudo-onirism, falsă agitație maniacală, deliruri de persecuție, de interpretare, urmărire) ;
- manierism și absurditate (bufonerii, sindroame ganseroide, pseudodemențe).

Nu rareori, între simularea psihiatrică și cea neurologică există strînse interferențe. După GRIGORESCU și IACOB, formele cele mai frecvente în aceste circumstanțe sînt :

- simularea tulburărilor de mers ;
- simularea tulburărilor de vorbire ;
- simularea tulburărilor de auz ;
- simularea acceselor epileptice ;
- simularea paraliziilor.

Se poate afirma și existența unor fenomene psihopatologice intrinsece simulării. Existența anxietății are, în cazul simulantului, trei surse, care pot fi identificate astfel :

- transgresiunea regulii implicate de autenticitate în raporturile sociale ;
- riscul pierderii propriei identități (mitul identificării cu masca), generat de teama ancestrală de a deveni „nebun" cu adevărat, de a nu mai putea părăsi rolul ;
- situația oedipiană generată de „lupta cu expertul", identificat cu instanțele Supraeului.

Această anxietate, dacă este importantă, poate complica, paradoxal, prin autenticitatea ei, diagnosticul de simulare.

Diagnosticarea simulării depinde de contextul în care se manifestă, de situația simulantului şi poziţia (autoritatea) examinatorului, ea neputînd fi însă niciodată exclusă ca ipoteză în situaţiile medicale obişnuite. Examenul de expertizare este situaţia predilectă a apariţiei simulării, fie că expertiza este medico-militară, medico-legală, de asigurări sociale etc. Simularea poate apărea în toate aceste situaţii, în oricare dintre formele sale (inclusiv disimularea, simularea normalităţii, simularea simulaţiei). Pentru a se putea orienta către acest diagnostic, psihiatrul poate folosi cîteva „chei" diagnostice, cum ar fi :

- neadecvarea dintre conţinutul comunicării verbale şi comportamentul bolnavului, ca traducere a trăirilor sale afective ;
- notele discordante şi insuficienţele de realizare a rolului de bolnav ;
- absenţa „micilor semne" (semnelor subtile) ale sindroamelor şi bolilor ;
- epuizarea subiectului, la care, în condiţiile unui control voliţional insuficient, reapare comportamentul normal.

Existenţa suspiciunii de simulare va duce la o aprofundare a examinării, necesitînd consultări repetate şi un contact mai îndelungat cu bolnavul, pentru a-i depăşi eventuala rezistenţă psihologică la examinare. Principiul fundamental al diagnosticului de simulare este că timpul este un aliat esenţial al examinatorului, evoluţiile oscilante şi nerăbdarea examinatului de a ieşi din situaţia de explorare fiind patognomonice.

O serie de teste psihologice pot fi folosite în diagnosticul de simulaţie. Poate fi citat, în primul rînd, testul M.M.P.I., în care indicele F—K GOUCH mai mare de 12 arată o falsificare defavorabilă subiectului, care se descrie mai bolnav decît este.

În „bateria diagnostică" a simulării sînt enumerate metode a căror valoare şi eficienţă sînt relative. Dintre acestea pot fi amintite : transferarea răspunderii diagnostice unei probe incerte (poligraful), utilizarea unui tratament medical cu riscuri minime, dar existente (subnarcoza amitalică) la o persoană sănătoasă, precum şi transformarea relaţiei medicului cu subiectul într-una distorsionată (supraveghetor/experimentator — „cobai").Toate aceste metode sînt respinse de medicul psihiatru atît din motive etice, cît şi strict profesionale.

Dacă diagnosticul propriu-zis al simulării nu poate constitui pentru profesionistul cunoscător al psihopatologiei şi nosologiei decît cel mult o problemă de timp, o serie de entităţi aflate la limita simulării pot crea reale dificultăţi (şi prin imprecizia descrierii cadrului lor nosologic : pseudodemenţele, pseudopsihozele, sindromul Ganser, patomimiile, sindromul Münchausen, tulburările hipocondriace, isteria în toate formele sale).

Cazurile în care, pentru examinator, apare clară existenţa permanentă a unui mobil previzibil generează pericolul erorii diagnostice. A vedea peste tot simulanţi este din punct de vedere profesional la fel de inoportun ca şi a considera oricare tulburări declarate drept autentice şi irecuperabile. Însă în prima variantă, consecinţele inadecvării diagnosticului pot fi dramatice şi, uneori, chiar tragice. Nu rareori, o patologie atipică părînd evident inclasabilă nosologic, declanşată într-un context aparent frustrant, orientînd spre psihogenie, a ascuns existenţa unor procese organice (tumori cerebrale, demenţe presenile la debut, anevrisme cerebrale etc.), diagnosticate real abia la necropsie.

Simularea nu trebuie să fie în nici un caz o obsesie diagnostică (aşa cum nu este nici o entitate nosologică), ci o variantă de diagnostic diferenţial luată în discuţie unde este necesar.

473. **SIMULARE A PROCESELOR PSIHICE** (cf. lat. *simulare* „a reproduce, a imita") — sin. MODELAREA PROCESELOR PSIHICE ● Elaborarea unor modele pentru funcţiile psihice, modele elementare prin a căror asamblare se poate studia funcţionarea personalităţii. S-au elaborat modele pentru următoarele procese şi activităţi psihice : percepţie şi recepţie, atenţie, memorie, comportament, învăţare, motivaţie, afectivitate, cogniţie, inteligenţă. În psihologie, metoda modelării (teoretice şi experimentale) a proceselor psihice foloseşte modele cibernetice. Modelele sînt folosite în cazul sistemelor complexe care nu pot fi abordate direct sau care sînt foarte greu accesibile. Modelele pot fi intelectuale, abstracte sau concrete, materiale. În psihiatrie (în medicină, în general) sînt utilizate modele cibernetice (de exemplu, stocul de programe care simulează comportamentul unui pacient). Există o serie de tipuri de modele, unele foarte exacte în raport cu originalul, altele aproximative. Modelarea unui proces psihic (normal sau patologic) conform unei anumite teorii asupra respectivului proces, în sănătate sau în boală, foloseşte datele globale ale teoriei şi oferă informaţii despre respectivul proces, însă nu-l epuizează sub toate aspectele sale. Modelul catastrofelor* reproduce fenomene cu variaţii bruşte (exemplul clasic al unui cîine la care, în anumite situaţii, apar două stări emoţionale : furie şi teamă), încercînd să surprindă schimbarea radicală a comportamentului într-un timp foarte scurt, această

mare modificare de comportament putînd fi provocată de variaţii mici de stimuli (→ BOALĂ ; MODEL).

474. **SIMULATE — psihoze** ● Stări psihogene desfăşurate iniţial după tipul simulării, care se desprind de controlul voliţional şi conştient, pentru a se dezvolta către un nivel psihotic. Descrise de BIRNBAUM, în 1919, aceste stări îşi găsesc expresie în pseudodemenţele isterice.

475. **SIMULTAGNOZIE** (cf. lat. *simul* „în acelaşi timp" ; gr. *agnosia* „ignoranţă") ● Sindrom descris de WOLPERT, în 1924, constînd in incapacitatea subiectului de a interpreta imaginile figurative complexe în ansamblul lor. Pacientul poate percepe detalii, dar acestea nu pot fi interpretate ca părţi ale unui întreg semnificativ. Sindromul poate fi completat de o dislexie particulară : subiectul nu poate citi cuvintele decît literă cu literă.

476. **SIMULTANEITATE** (cf. fr. *simultanéité* : vezi lat. *simul*) ● Însuşirea unor acţiuni, fenomene sau evenimente de a se desfăşura în acelaşi timp. Între elementele simultane pot exista diverse raporturi. Procesele psihice sau cele fiziologice ce se desfăşoară simultan sînt frecvent interdependente, avînd relaţii de tip feedback.

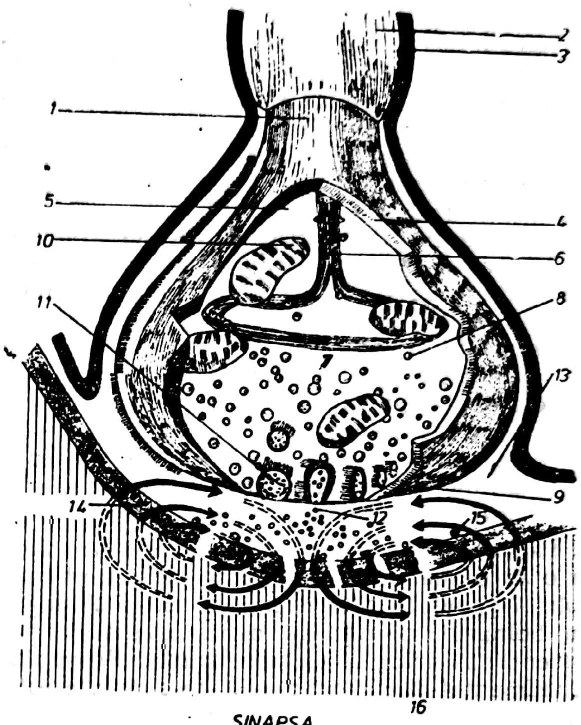
477. **SIN-** (cf. gr. *syn* „împreună, cu") ● Element de compunere care introduce sensul de unire, asociere.

478. **SINALGIE** (cf. *sin-* ; gr. *algos* „durere") ● Formă particulară a sinesteziei, în care senzaţia de durere este însoţită de o altă senzaţie. Asocierile „particulare" realizează unul din teritoriile vaste ale funcţionalului.

479. **SINALOL$^{(M)}$** Japonia — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, afecţiuni psihosomatice. Nu duce la dependenţă. Nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

480. **SINAN$^{(M)}$** SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerolic de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxantă şi anxiolitică.

481. **SINAPSĂ** (cf. gr. *synapsis* „legătură") ● Regiunea de contact funcţional dintre neuroni (SHERRINGTON) sau dintre neuroni şi organul efector. Sinapsa este specializată în transmiterea unei excitaţii sau a inhibiţiei între cele două structuri, dar în acelaşi timp, este o zonă de contact intercelular, prin care o celulă îşi exercită influenţa trofică asupra celeilalte. Structural, este formată dintr-o componentă presinaptică, un spaţiu sinaptic şi o componentă postsinaptică.



SINAPSA

1-Axon ; 2-Teaca de mielină ; 3-Învelis glial ; 4-Axolema 5-Axoplasmă ; 6-Neurofibrile ; 7-Sinaptozom ; 8-Vezicula sinaptică în formare ; 9-Componenta presinaptică ; 10-Mitocondrie ; 11-Vezicula sinuptică matură ; 12-Eliberure de mediator ; 13-Spatiu sinaptic ; 14-Componenta postsinaptică 15-Complex mediator-receptor ; 16-Corpul neuronului.

Componenta presinaptică este reprezentată de axonul neuronului presinaptic, care se termină la locul de contact prin butoni terminali. Numărul butonilor terminali este variabil, aşa încît zona de contact poate atinge 40—80% din suprafaţa totală a neuronului postsinaptic. Prin intermediul acestui număr variabil de butoni terminali, se realizează substratul morfologic al fenomenelor de convergenţă şi divergenţă, ceea ce explică unele proprietăţi ale centrilor nervoşi, ca facilitarea, ocluzia, sumaţia, inhibiţia sau reverberaţia (EXARCU). La nivelul butonului terminal, sînt prezente vezicule ce conţin mediatorii chimici (sinaptozomi).

Fanta sinaptică de aproximativ 100—200 Å este plină cu lichid extracelular şi prezintă o reţea filamentoasă cu rol de asigurare a adezivităţii dintre cele două componente. Această reţea ar putea fi şi un sistem canalicular, ce stabileşte legătura dintre teritoriul pre- şi post sinaptic. Bariera electrică pe care o reprezintă spaţiul sinaptic, cu rol de a proteja membrana postsinaptică, poate fi învinsă numai de mediatorul chimic. La nivelul spațiului sinaptic, au loc următoarele procese :

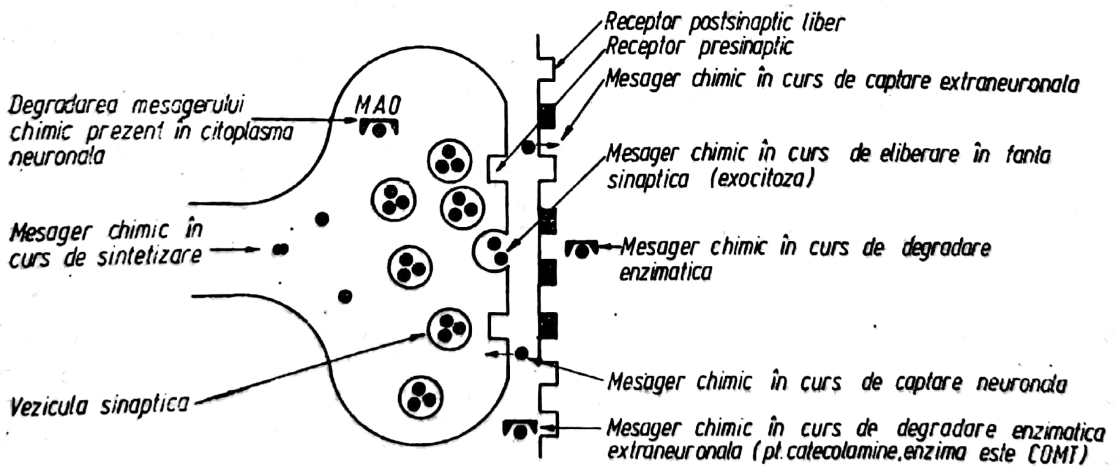
- hidroliza neuromediatorului (acetilcolina este neutralizată de colinesteraza care se află la acest nivel) ;
- recaptare (uptake), care presupune reabsorbția neuromediatorului de către membrana presinaptică ;
- distrugerea ulterioară a mediatorului de către enzime ca MAO și COMT (monoaminooxidază și catecol-0-metil-transferază) sau recuperarea în veziculele sinaptice ; aceste procese au fost constatate în cazul noradrenalinei, dopaminei, serotoninei ;
- feedback, prin care un neuromediator își poate modela cantitativ producția prin intermediul receptorilor ; astfel, noradrenalina activează receptorii presinaptici și produce adenozinmonofosfat (AMP) din adenozintrifosfat (ATP), ceea ce poate modela producția de noradrenalină prin intermediul proteinkinazei.

Componenta postsinaptică este reprezentată de o porțiune mică din membrana celui de-al doilea neuron (soma), o dendrită aparținînd acestuia sau membrana celulară a unei structuri efectorii. Eliberarea mediatorului sub influența influxului presinaptic se realizează în prezența ionilor de calciu, care, pătrunși în terminațiile presinaptice, cresc permeabilitatea acestora și permit veziculelor cu mediatori chimici eliberarea conținutului lor chimic (exocitoză). Apoi, ionii de calciu sînt recaptați și își încetează acțiunea lor eliberatoare. Pe membrana postsinaptică, fixarea mediatorilor are loc la nivelul macromoleculelor proteice fixate pe membrană, care joacă rol de receptor. Receptorii sînt dotați cu specificitate.

Clasificarea sinapselor se face după mai multe criterii : există sinapse chimice la nivelul cărora, în componenta presinaptică, are loc producerea unei neurosecreții cu efect asupra elementelor postsinaptice. Acestea sînt sinapse caracteristice vertebratelor și omului. Se pare că ar exista însă și sinapse electrice, în care transmiterea impulsului la nivelul membranei postsinaptice se face prin curenți de acțiune. În funcție de mediatorii chimici eliberați, se deosebesc sinapse colinergice, adrenergice, dopaminergice etc. Folosind elemente structurale și funcționale, EXARCU clasifică sinapsele ce operează chimic în două clase majore :

- tip I — axo-dendritice, obișnuit excitatorii, la nivelul cărora, pe membrana neuronului postsinaptic, ia naștere un potențial postsinaptic excitator, o ușoară depolarizare care facilitează transmiterea sinaptică ;
- tip II — axo-somatice, obișnuit inhibitorii ; în acest caz, pe membrana neuronului postsinaptic ia naștere un potențial postsinaptic inhibitor, prin hiperpolarizarea ei, proces care îngreunează transmiterea sinaptică ;
- tip III sînt considerate sinapsele electrice.

Tot morfologic, sinapsele mai pot fi : axosomatice (predomină în segmentele inferioare ale sistemului nervos), axodendritice (care predomină la nivel cortical), axo-axonice, dendro-dendritice, somato-somatice sau dendro-somatice. Funcțional, pot fi sinapse receptoare (între celulele receptoare ale unui organ de simț și dendritele neuronului senzitiv — corpusculi gustativi, organ Corti etc.) sau sinapse efectoare (realizate între neuron și organul efector — placa motorie).


Receptor postsinaptic liber
Receptor presinaptic
Mesager chimic în curs de captare extraneuronala
Degradarea mesagerului chimic prezent în citoplasma neuronala
MAO
Mesager chimic în curs de eliberare în fanta sinaptica (exocitoza)
Mesager chimic în curs de sintetizare
Mesager chimic în curs de degradare enzimatica
Mesager chimic în curs de captare neuronala
Vezicula sinaptica
Mesager chimic în curs de degradare enzimatica extraneuronala (pt. catecolamine,enzima este COMT)

REPREZENTAREA SCHEMATICA A ELEMENTELOR SINAPSEI SI A EVENIMENTELOR CE AU LOC LA NIVELUL EI

Proprietăţile generale ale sinapselor sînt: întîrzierea sinaptică, conducerea unidirecţională, fatigabilitatea transmiterii sinaptice, sumaţia, fenomenul de ocluzie, facilitarea posttetanică, fenomenul de postdescărcare. O particularitate a sinapselor este vulnerabilitatea lor foarte mare la hipoxie şi droguri, vulnerabilitate mult mai mare comparativ cu a fibrelor nervoase. Se explică astfel de ce sistemul reticulat activator ascendent, ce conţine un număr impresionant de sinapse, este sensibil la anestezice. Vulnerabilitatea se datorează probabil faptului că transmiterea sinaptică este un proces biochimic, iar acest tip de procese sînt afectate cu uşurinţă de droguri. Drogurile psihotrope acţionează fie prin intermediul receptorilor postsinaptici, fie prin intermediul neuromediatorilor eliberaţi şi a mecanismelor lor de acţiune. Astfel, reserpina produce depleţia veziculelor sinaptice monoaminergice, reducînd excitabilitatea membranei postsinaptice (cu efecte asupra hiperexcitabilităţii psihice şi asupra unor forme de schizofrenie). Triciclicele blochează recaptarea noradrenalinei şi serotoninei, inhibitorii de monoaminooxidază (IMAO) neutralizează MAO (avînd deci efecte în stările depresive, melancolii). Amfetaminele stimulează utilizarea dopaminei, putînd determina stări halucinatorii. Metilxantinele (cofeina, teofilina) inhibă fosfodiesteraza determinînd creşterea concentraţiei celui de-al doilea mesager (adenozinmonofosfatul ciclic — AMP_c). Drogurile halucinogene au elemente structurale comune cu neuromediatorii fiziologici, ceea ce ar permite excitarea receptorilor postsinaptici. De remarcat că LSD poate fi agonist sau antagonist al serotoninei, în funcţie de doză.

482. **SINCINEZIE** (cf. *sin-* ; gr. *kinesis* „mişcare") — sin. SINKINEZIE ● Tip de act motor involuntar, automat, însoţind unele mişcări voluntare, avînd uneori rolul de a creşte eficacitatea acestora din urmă, de a echilibra corpul în mişcare etc.

Alte acte involuntare, ca tremurături, spasme, nu au un caracter normal şi afectează desfăşurarea optimă a mişcărilor voluntare. Aspectul net patologic al sincineziilor apare în cazul unor segmente de corp paralizate, care pot prezenta :

- mişcări automate de imitaţie a mişcării membrelor sănătoase ;
- mişcări parazite ale membrelor paretice, asociate celor voluntare ;
- mişcări implicînd întreg membrul paretic, manifestîndu-se cu ocazia unui efort la nivelul segmentelor paralizate, în sensul normal al contracţiei musculare.

483. **SINCOPĂ** (cf. gr. *synkope*, de la *koptein* „a dobori") ● Sindrom clinic, caracterizat prin pierderea bruscă a conştiinţei şi motilităţii, cu abolirea funcţiilor vitale, timp de cîteva secunde sau minute.

Poate fi o consecinţă a mai multor mecanisme etiopatogenice (ADAMS) :

- scăderea debitului sanghin cerebral :
  - mecanisme vasoconstrictoare inadecvate : sincopa vagală, hipotensiunea ortostatică, simpatectomia farmacologică sau chirurgicală, sincopa sinocarotidiană ;
  - hipovolemie prin hemoragii acute ;
  - reducerea întoarcerii venoase : sincopă de tuse, de micţiune ;
  - reducerea debitului cardiac : stenoza aortică şi pulmonară, hipertensiune pulmonară primitivă, embolie pulmonară, infarct miocardic, tamponadă pericardică ;
  - tulburări de ritm cardiac : bloc atrioventricular, bradicardie sinusală, bloc sinoatrial, fibrilaţie ventriculară, tahicardie ventriculară, tahicardie supraventriculară ;
  - tulburări vasculare cerebrale : insuficienţă vasculară extracerebrală (carotidiană, vertebro-bazilară, spasm difuz al arterelor cerebrale) ;
- alte cauze :
  - tulburări ale funcţiei cerebrale consecutive stărilor emoţionale puternice ;
  - modificări ale compoziţiei sîngelui : hipoxia, anemia, diminuarea bioxidului de carbon prin hiperventilaţie, hipoglicemie.

Tabloul clinic al sincopei este alcătuit din simptome generale şi simptome specifice fiecărei forme etiopatogenice.

● *Simptomele generale* : La debutul sincopei, bolnavul are senzaţia de ameţeală puternică, senzaţiile devin confuze, vederea devine înceţoşată, apar zgomote în urechi, greţuri, vărsături. Bolnavul are tegumentele palide, acoperite cu transpiraţie rece, extremităţile se răcesc ; bolnavul se prăbuşeşte, devine inert, fără conştiinţă, nu reacţionează la stimuli, chiar puternici, musculatura este relaxată, controlul sfincterian este păstrat. Tensiunea arterială este prăbuşită, pulsul absent sau foarte slab, respiraţia insesizabilă. Întregul tablou clinic realizează aspectul de moarte clinică. Sincopa se termină după cîteva minute sau secunde, prin revenirea rapidă a funcţiilor vitale sau prin moarte biologică.

● *Simptomele specifice*, sînt date de afecţiunea care a cauzat sincopa, dar uneori numai explorările paraclinice pot tranşa diagnosticul.

Diagnosticul diferenţial trebuie făcut, în ordinea frecvenţei cu criza pitiatică şi criza epileptică.

Criza pitiatică se caracterizează prin exagerarea dramatică a simptomelor. Se produce, de regulă, în prezenţa altor persoane ; subiectul cade fără să se lovească ; în timpul crizei pot apărea mişcări ciudate, fără explicaţie neurologică ; funcţiile vitale sînt normale. Criza poate dura una sau mai multe ore.

Criza epileptică debutează mai brutal, subiectul pierzîndu-şi brusc constiinţa, cade, se loveşte frecvent, prezintă contracturi tonico-clonice caracteristice, incontinenţă sfincteriană, revenirea din criză se face mai încet. Electroencefalograma arată anomalii bioelectrice la majoritatea epilepticilor, ea fiind normală în cazul sincopei. După o criză epileptică, persistă cefaleea, starea confuzională, somnolenţa, în timp ce după o sincopă, numai o oarecare senzaţie de slăbiciune.

Diferenţierea sincopei de criza epileptică şi de cea isterică are implicaţii majore asupra atitudinii terapeutice şi implicit asupra prognosticului.

Tratamentul sincopei, indiferent de cauză, constă în culcarea bolnavului : este măsura cea mai urgentă şi uneori salutară, favorizînd circulaţia cerebrală. Se poate trece apoi la stimularea periferică prin stropirea cu apă rece, uşoară flagelare a obrajilor, inhalarea unor vapori iritanţi. Dacă aceste măsuri nu dau rezultate, se recurge la aplicarea unor lovituri puternice în dreptul cordului ; respiraţie artificială şi masaj cardiac extern ; stimulatorul electric extern se foloseşte în fibrilaţia ventriculară ; se pot adăuga noradrenalina în perfuzie, administrarea intracardiacă de adrenalină, clorură de calciu, clorură de potasiu, novocaină.

484. **SINCOPĂ ESENŢIALĂ POSTMICŢIONALĂ$^{(s)}$ sindrom** ● Sincopă de tip vago-vagal, cu frecvenţă relativ mare la copil, dar prezentă şi la bărbatul adult. Lipsa unor antecedente, sentimentul de sănătate deplină, debutul brutal nocturn îi conferă deseori dimensiuni dramatice pentru subiect şi solicită numeroase investigaţii pentru elucidare.

Clinic, se manifestă printr-o sincopă ce apare legată de micţiunea nocturnă, după trezirea prealabilă din somn ; ea survine prin anoxie cerebrală, urmare a hipotensiunii de ortostatism pentru un subiect în prealabil culcat şi cu un tonus vascular redus prin vagotonie nocturnă. Diagnosticul diferenţial care se impune este cel cu epilepsia ; nu trebuie însă neglijată nici posibilitatea asocierii sedative-alcool.

485. **SINCRETISM** (cf. gr. *synkretizein* „a reuni") ● Stare de nediferenţiere a elementelor unui fenomen, în mod deosebit a formelor de creaţie spirituală, specifică culturilor şi gîndirii primitive şi arhaice, care nu diferenţiază factorii practici de cei imaginaţi, conceptele care oglindesc realităţi obiective de cele magice sau religioase, contopindu-se într-un Weltanschauung unitar, constituit prin colaborarea tuturor facultăţilor spirituale de reflectare a realităţii. În raport cu diferite domenii ale activităţii spirituale, termenul este folosit şi cu accepţiuni mai restrînse : sincretism artistic (organic — în creaţia folclorică, sau programatic, vizînd o artă totală sau organică — R. WAGNER, mişcarea „Bauhaus") ; sincretismul religios (contopirea atributelor unor divinităţi diferite în substanţa unei singure divinităţi, întrepătrunderea şi asimilarea reciprocă a credinţelor şi ritualurilor specifice unor religii diferite etc.).

Extrapolat în psihologie, prin analogie, defineşte primul moment al cunoaşterii, care survine la primitivi şi la copiii sub vîrsta de trei ani (expresie a egocentrismului infantil). La aceştia din urmă se constată o nediferenţiere între „Eu şi lume", care va dispărea odată cu diversificarea conduitelor (de explorare, detectare, discriminare, verbalizare etc.).

Sincretismul reprezintă aşadar o percepţie globală, grosieră, imprecisă, neclară, care premerge concepţiei complexe, clare, distincte. J. PIAGET distinge, la nivelul gîndirii primitive, un sincretism al „înţelegerii" (constînd în înţelegerea de moment a unei fraze conţinînd cuvinte necunoscute, cărora li se atribuie ulterior, în funcţie de context, un sens — de cele mai multe ori greşit — bazat pe asemănări formale cu cuvinte cunoscute) şi un sincretism al „raţionamentului" (derivat din prima formă). Acest tip de raţionament numit transducţie, studiat de STERN, specific gîndirii sincretice şi egocentrismului epistemic infantil, constă în false implicaţii de tipul „luna nu cade din cer pentru că este foarte sus", ceea ce corespunde cu transformarea unor coincidenţe întîmplătoare în legături necesare sau logice.

486. **SINCREZOTERAPIE** (cf. *sin-* ; gr. *khresis* „folosire" ; *therapeia* „îngrijire") ● Asociere a mai multor metode terapeutice — mai ales terapii „de şoc" — cu scopul multiplicării mijloacelor de apărare a pacientului în faţa bolii (P. MARCHAIS).

Termenul este puţin folosit, ca şi asocierea terapeutică desemnată, care aparţinea terapiei preneuroleptice.

487. **SINCRONE — unde EEG** ● Unde de aceeași frecvență, la care deflexiunea se realizează în același mod.

488. **SINCRONIC — DIACRONIC** (cf. *sin-* ; gr. *chronos* „timp") ● Atribute opuse pe coordonata temporalității. Introdusă de F. de SAUSSURE, această dihotomie a fost adesea invocată în teoriile structuraliste. Abordarea metodologică sincronică „decupează" sistemele investigate din evoluția lor temporală, urmărind să descrie cît mai riguros invariantele lor structural-funcționale, punînd între paranteze geneza și devenirea acestora. Perspectiva diacronică urmărește, dimpotrivă, să evidențieze evoluția temporală a sistemelor, descriind legitățile și invariantele proceselor de transformare care exprimă dinamismul realităților studiate. Cele două perspective sînt complementare și numai sinteza lor poate oferi o deplină explicație teoretică a fenomenelor.

Abordarea unui pacient în sincronie devine necesară pentru conturarea tabloului psihopatologic din momentul examinării, care influențează în mare măsură atitudinea terapeutică a medicului, însă neglijarea perspectivei diacronice poate determina mari erori de diagnostic și tratament.

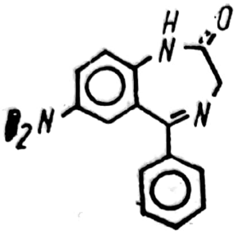
489. **SINDACTILIE** (cf. *sin-* ; gr. *daktylos* „deget") — sin. DACTILOSIMPHISIS ● Malformație congenitală rară, cu transmitere autosomal-dominantă, ce constă în unirea degetelor de la mîini sau de la picioare prin sau fără intermediul unei membrane cutanate. Sindactilia poate fi totală sau parțială. La picioare, este mai frecventă între degetele 3–4 și 4–5. În unele cazuri, este asociată cu anomalii genetice ca :

- absența cubitusului ;
- acrocefalosindactilia sau sindromul Apert (acrocefalie, sindactilie la mîini și picioare, palatoschizis, diviziunea luetei, hipertensiune intracraniană, ambliopie) ;
- alopecie congenitală (afecțiune rară, în care sindactilia coexistă cu alopecie, discromie, anodonție etc.) ;
- aplasia cutis congenita ;
- sindromul Bloom (eredopatie autosomal-recesivă, cu debut intrauterin, caracterizată prin debilitate fizică, dolicocefalie, eritem telangiectazic, cu aspect de „aripă de fluture", intelect normal) ;
- brahidactilie (maladie congenitală în care degetele, mai scurte, datorită lipsei unei articulații interfalangiene, sînt și unite) ;
- boli congenitale de cord ;
- boala Crouzon (craniostenoză, caracterizată printr-o proeminență centrală în regiunea frontală, formă de „cioc" a nasului, prognatism, exoftalmie, strabism extern) ;
- sindromul Golz (hipoplazie dermică focală, mai frecventă la femei, la care, pe lîngă sindactilia cutanată, au fost descrise anomalii dentare și poichilodermie) ;
- displazia anhidrotică ectodermală (piele subțire, hipoplazia glandelor sudoripare, alopecie, absența sprîncenelor, anodonție — absența mugurilor dentari sau dinți în formă de „cui", „peg-scaped") ;
- sindromul Hallerman-Streiff sau discefalia François (encefalopatie cu debut intrauterin, cu multiple malformații și întîrziere psihică) ;
- hipertelorism ;
- sindromul Bloch-Sulzberger (zone pigmentate simetrice, de culoare brună, localizate predominant pe părțile laterale ale toracelui, microdonție, tulburări oculare, convulsii, oligofrenie) ;
- sindromul Laurence-Moon-Biedl-Bardet (afecțiune ereditară, autosomal-recesivă, caracterizată prin retinită pigmentară, atrofie optică, microftalmie, strabism, polidactilie, obezitate, întîrziere psihică) ;
- sindromul Möbius (localizare particulară a artrogripozei, cu diplegie facială) ;
- neurofibromatoză (facomatoză cu transmitere genetică, autosomal-dominantă, cu elefantiazis al pleoapelor, exoftalmie, heterocromie, hemihipertrofie a feței, tumori neurofibromatoase ale pleoapei, retinei, nervului optic și irisului) ;
- displazia oculo-dento-digitală ;
- disostoza oro-digito-facială ;
- absența mușchiului pectoral ;
- sindromul Prader-Willi (encefalopatie cu debilitate mintală, dismorfie complexă cu obezitate, nanism, hipogenitalism) ;
- sindromul Silver (nanism armonic, clinodactilia degetului cinci, brațe scurte, pubertate precoce, dezvoltare psihică normală) ;
- sindromul Waardenburg-Klein (distrofia unghiurilor interne ale ochilor, blefarofimoză, surdomutitate, heterocromia irisului, hidrocefalie, întîrziere psihomotorie) ;

Tratamentul sindactiliei este chirurgical.

490. **SINDEPRES**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipno-

tică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.



491. **SINDROM** (cf. gr. *syndrome* „reunire, întîlnire“) ● Complex de semne şi simptome grupate în mod sistematizat şi comprehensibil, astfel încît să reprezinte sintetic trăsăturile caracteristice comune ale mai multor entităţi patologice. Sindromul orientează medicul spre sfera investigaţiilor suplimentare, care, împreună cu semnele şi simptomele constante, sînt menite să ajute la stabilirea diagnosticului.

Elaborarea diagnosticului clinic este una dintre sarcinile cele mai dificile ale profesiei de medic. De regulă, semnele şi simptomele pe care bolnavul le prezintă medicului nu sînt patognomonice pentru o anumită afecţiune. Un alt obstacol în stabilirea diagnosticului îl constituie faptul că un număr relativ mare de semne şi simptome nu se evidenţiază numai din expunerea bolnavului, astfel încît informaţiile pe care medicul le culege sînt, de cele mai multe ori, insuficiente sau nesemnificative. Odată evidenţiate, multiplele semne şi simptome de boală, rezultate din anamneză şi examenul clinic al bolnavului, necesită un proces de sistematizare, de organizare, pentru a li se conferi o anumită semnificaţie. În acest complex proces de recunoaştere a bolii, medicul se află în situaţia de a interpreta starea prezentată de bolnav, fie prin reducere şi schematizare, fie dimpotrivă, prin amplificare, raportînd-o la modelul idealizat cunoscut al entităţii respective. Orientarea spre diagnostic se face astfel sub o formulă individuală, procesul culegerii de date suplimentare amplificînd sau diminuînd probabilitatea diagnosticului ipotetic.

Se ajunge astfel, după un prim contact al terapeutului cu pacientul, la formularea „diagnosticului“ de sindrom. Este vorba, de fapt, de o încercare de a încadra informaţiile obţinute în această etapă într-o clasificare sindromologică, deoarece „diagnosticul“ de sindrom nu este un diagnostic real, ci numai o etapă în procesul atît de vast al elaborării propriu-zise a diagnosticului. Aceasta pentru că sindromul nu este patognomonic pentru anumite afecţiuni, ci poate apărea în mai multe boli. Aşa se întîmplă, de exemplu, cu sindromul neurastenic, întîlnit aproape în toată patologia medicală şi prezent practic în toate bolile psihice. Diagnosticul de boală presupune (ulterior etapei sindromologice) investigaţii clinice pentru căutarea şi organizarea simptomatologiei asociate a bolnavului, deci elaborarea aspectului descriptiv al fenomenelor patologice. La diagnosticul clinic este necesară adăugarea — în măsura posibilităţilor — diagnosticului etiologic şi patogenic al afecţiunii, acesta din urmă permiţînd optimizarea terapiei şi profilaxiei bolii. Tot etape ale diagnosticului sînt şi diagnosticul diferenţial, bacteriologic, anatomopatologic, citologic, radiologic, de laborator, biochimic şi imunologic, care, fiecare în parte, sau la un loc, pot confirma sau infirma diagnosticul clinic.

Prin parcurgerea tuturor acestor faze se atribuie unui bolnav eticheta unui anumit diagnostic, care trebuie însă să corespundă nu numai entităţii morbide, ci şi particularităţilor sale individuale (stadiu de evoluţie al afecţiunii, complicaţii, forme clinice), permiţîndu-se astfel aplicarea terapiei celei mai eficiente.

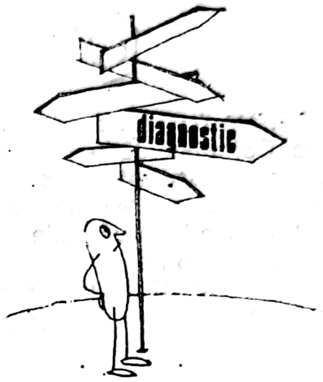
Un alt argument pentru imposibilitatea identificării „sindromului“ cu „boala“ este faptul că, în spatele tuturor semnelor şi simptomelor, se află ceva mai mult decît modificările patologice macro- sau microscopice observabile. Aceste semne şi simptome reprezintă un mod de comunicare a bolnavului cu lumea din jur sau o expresie complexă a relaţiei cu terenul pe care se grefează procesul morbid, cu personalitatea bolnavului în toate dimensiunile sale. Elucidarea tuturor acestor aspecte, dincolo de elaborarea diagnosticului sindromologic, conduce spre diagnosticul etiologic, singurul care permite o terapie corectă şi eficace.

Frecvent, există tendinţa de apropiere sau chiar de confundare a noţiunii de sindrom cu cea de boală, deşi gruparea unor simptome într-un sindrom nu este, de regulă, suficientă nici măcar pentru indicarea celor mai uzuale investigaţii paraclinice, nici pentru diagnosticul de boală şi în nici un caz pentru instituirea terapiei eficace. De aceea, în cele mai multe cazuri, limitarea la diagnosticul de sindrom nu îşi găseşte justificare sub „scuza“ diagnosticului de etapă, pînă la găsirea altor semne şi simptome necesare diagnosticului clinic integral al bolnavului. El poate fi acceptat ca o primă formă de sistematizare, care orientează medicul spre diagnosticul clinic şi etiopatogenic. Această sistematizare reprezintă însă un pas înainte, obligatoriu, spre perspectiva unei terapii corecte, oferind o viziune complexă şi sistematică a unor entităţi clinice, morfologice şi funcţionale cu caracter general, prin sintetizarea trăsăturilor comune.

Totuşi, în psihiatrie, mai ales în cazul urgenţelor, medicul este nevoit de multe ori să se „mulţumească" cu diagnosticul de sindrom (de exemplu, agitaţia psihomotorie, sindromul confuzional, sindromul demenţial etc.) şi chiar să aplice un tratament „sindromologic" pînă cînd, investigaţiile suplimentare sau, de cele mai multe ori, evoluţia bolnavului, îl vor putea pune pe pista bolii psihice individualizate. Din păcate, absenţa pînă în prezent a elucidării etiologiei unor boli psihice (deocamdată „endogene"), obligă pe psihiatru la a se rezuma, în atitudinea sa faţă de unele tablouri psihopatologice, la etapa sindromologică.

Acelaşi motiv stă, printre altele, la baza bogăţiei de sindroame descrise în psihiatrie, care conferă farmec şi „savoare" clinicianului, dar sînt în acelaşi timp expresia lipsei de cunoştinţe precise asupra cauzelor care le-au generat.

Trecerea de la ansamblul de semne şi simptome pe care le prezintă bolnavul la etapa de sindrom, este definită, în lumina teoriei informaţiei, ca o trecere de la o multitudine de semnale de ordin inferior, la un semnal de ordin superior, deci ca un proces de superiorizare. Fenomenul este asemănător trecerii „de la o mulţime de litere la o silabă, de la o mulţime de silabe la un cuvînt, de la o mulţime de cuvinte la o propoziţie, de la o mulţime de propoziţii la o frază, de la o mulţime de fraze la o idee, de la o mulţime de idei la o concepţie ş.a." (A. RESTIAN, 1980). Elaborarea diagnosticului integral al bolnavului şi al bolii reprezintă, de fapt, o succesiune de procese de superiorizare, este un progres complex, realizat prin raţionament inductiv, pas cu pas, oferind cu fiecare etapă o viziune clinică şi terapeutică nouă. În cadrul procesului de elaborare a diagnosticului, mai ales în cazul diagnosticului diferenţial, acţionează şi procesul de inferiorizare. Acest proces presupune trecerea de la adevăruri cu un grad mare de generalitate, la adevăruri cu acelaşi grad sau cu un grad mai mic de generalitate. Astfel, de la un anume sindrom se poate trece, prin raţionament deductiv, la una sau alta dintre bolile în care este regăsit sindromul respectiv. Exagerarea proceselor de superiorizare, ca şi a celor de inferiorizare poate conduce la erori de diagnostic, la fel ca şi : necunoaşterea întregii multitudini de entităţi nosologice căreia îi poate aparţine un sindrom, examenul clinic sau paraclinic incomplet efectuat bolnavului, prelucrarea defectuoasă a informaţiilor obţinute, evaluarea deficitară sau exagerată a unor semne sau simptome, acordarea unei ponderi mai mari sau mai mici simptomelor subiective sau obiective, deficienţele în logica medicului sau chiar lacunele pe care le are acesta în cunoştinţele sale.



Insuficienţa diagnosticului de sindrom rezidă şi în absenţa criteriilor etiologice şi mai ales clinice, manifestările unei anumite afecţiuni putînd fi atît de atipice, încît să se confunde cu cele ale altei afecţiuni, evoluînd deci, sub masca acestora. În acest sens, un exemplu îl constituie sindroamele paraneoplazice, depresiile sau stările anxioase mascate prin diverse manifestări somatice. În aceste condiţii, limitarea la diagnosticul de sindrom (în lipsa unui diagnostic de boală) nu este numai insuficientă terapeutic, ci, uneori, poate pune în pericol viaţa bolnavului (de exemplu, diagnosticul precoce al unei neoplazii este salvator).

Explozia informaţională şi progresele tehnico-ştiinţifice au sporit considerabil numărul sindroamelor desemnate prin numele celor care le-au descris sau sistematizat după criterii etiopatogenice, clinice, anatomopatologice sau terapeutice. Spre deosebire de alte criterii utile pentru sistematizare, criteriul terapeutic vine în contradicţie cu definiţia noţiunii de sindrom, pentru că acesta face referire la caracteristicile comune mai multor entităţi patologice şi nu la tratamentul lor. În unele cazuri, o anumită terapie, utilă în contextul unei afecţiuni, poate fi contraindicată sau generatoare de efecte secundare nocive în cazul altei afecţiuni în care apare acelaşi sindrom „tratat". Aceste aspecte sînt confirmate de componentele etiologice şi de mecanismele patogenice foarte diferite ce pot produce un semn sau un simptom, deci pot sta la baza unui sindrom. Sindromul febril sau cel de hipertensiune intracraniană, sînt numai două exemple dintre situaţiile în care diagnosticul integral, cu elementele sale etiopatogenice şi de laborator, este singurul care permite instituirea corectă a măsurilor terapeutice şi profilactice. Definitivarea acestor procese informaţional-decizionale şi elaborarea diagnosticului integral sub toate aspectele lui, vor putea permite medicului trecerea la instituirea tehnicilor terapeutice, cu toată convingerea utilităţii şi eficienţei lor.

A.A.A.(S) sindrom — afazie, apraxie, agnozie — Vol. I; A. 1; p. 9.

A.A.A.A.(S) sindrom — sindromul celor patru A (BLEULER) — Vol. I; A. 1; p. 9.

AARSKOG(S) sindrom — sindromul X fragil — Vol. I; A. 2; p. 9.

ABASEV-KONSTANTINOVSCHI(S) sindrom — deteriorare mintală de origine vasculară — Vol. I; A. 11; p. 13.

ABSTINENŢĂ(S) sindrom — manifestări psihice la întreruperea drogului — Vol I; A. 49; p. 23.

492. **ACETALDEHIDIC(S) sindrom** — sin. SINDROMUL CUREI DE DEZGUST ● Reuneşte totalitatea simptomelor subiectului alcoolic în cursul curei de dezgust, urmare a prezenţei în organism, în cantitate mare, a acetaldehidei, provenită din metabolismul incomplet al alcoolului, prin blocarea realizată de disulfiram şi imposibilitatea transformării în acid lactic. Se manifestă prin: greaţă, vărsături, hipertensiune, hiperpnee, cefalee pulsatilă, hiperemia extremităţii superioare, ce se poate extinde la trunchi şi membrele superioare; în unele cazuri este posibilă pierderea cunoştinţei.

ACHARD-THIERS(S) sindrom — sin. CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ; MOREL(S) sindrom; MORGAGNI(B) boală; STEWART-MOREL(S) sindrom; STEWART-MOREL-GRIEG(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MORGAGNI-STEWART-MOREL(S) sindrom — Vol. III; M. 662; p. 160.

ACHERMAN(S) sindrom — sindromul trecutului (ca refugiu) — Vol. I; A. 99; p. 38.

493. **ACRITURĂ(S) sindrom** (engl. *angry woman* „femeie nemulţumită") ● Dizarmonie de personalitate descrisă la femei, constînd într-o atitudine critică morbidă faţă de ceilalţi, perfecţionism, autoîngrijire obsesivă şi exagerare a punctualităţii, neadaptare la viaţa conjugală, înclinaţie spre abuz de alcool şi droguri, descărcări periodice de furie neprovocată şi tentative severe de suicid. Unii autori consideră că este vorba numai de o creionare exagerată a unei distimii fără specificitate. A fost descris de N. RICKLES în 1971.

ADAMANNAIDIS-BEHÇET(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHÇET(S) sindrom — Vol. I; B. 115; p. 389.

ADICŢIE CICLICĂ(S) sindrom — depresie/alcool/ritmicitate — Vol. I; A. 258; p. 77.

ADIPOZO-GENITAL(S) sindrom — sin. BABINSKI-FRÖHLICH(S) sindrom — Vol. I; A. 269; p. 78.

ADSON-COFFEY(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAFFZIGER(S) sindrom — Vol. III; N. 4; p. 180.

AFECTEPILEPSIE(S) sindrom — epilepsie fără corespondent EEG — Vol. I; A. 322; p. 90.

AHASVERUS(S) sindrom — dizarmonie/toxicomanie, WINGATE — Vol. I; A. 396; p. 114.

ALBATROS(S) sindrom — varianta digestivă — MÜNCHAUSEN — Vol. I; A. 415; p. 117.

ALBRIGHT(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. I; A. 418; p. 117.

494. **ALLAN(S) sindrom** ● Afecţiune datorată unei tulburări a metabolismului aminoacizilor, caracterizată prin microcefalie, hipoplazie cerebeloasă, atrofie optică, diplegie spasmodică şi debilitate mintală. Aminoaciduria este constantă. Etiopatogenic este legată de o modificare genetică.

495. **ALPERS(S) sindrom** ● Degenerescenţă progresivă difuză a scoarţei cerebrale, complicată de scleroză, fără atingerea substanţei albe, care debutează în copilărie. Este etalată clinic de următoarele semne: microcefalie, mioclonii şi paralizii (uneori amauroză), evoluţie demenţială rapidă.

Prognosticul este, cel mai frecvent, fatal. Leziunile cerebrale par să aibă caracter familial şi ereditar. A fost descris de B. J. ALPERS în 1931.

ANGAJARE(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. I ; A. 762 ; p. 203.

ANGIORETICULOM ROUSSY-OBERLING(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HIPPEL-LINDAU(S) sindrom — Vol. II ; H. 339 ; p. 377.

ANTIMONGOLISM(S) sindrom sin. MONOSOMIA 21 — Vol. III ; M. 629 ; p. 149.

ANTON(S) sindrom — cecitate corticală nerecunoscută — Vol. I ; A. 882 ; p. 240.

ANTON-BABINSKI(S) sindrom — asomatognozie, anozognozie, anozodiaforie — Vol. I ; A. 883 ; p. 241.

496. **ANXIETATE BILIARĂ(S) sindrom** ● Anxietate specifică subiecţilor care suferă de afecţiuni ale căilor biliare, care poate antrena o stare depresivă (în opinia lui BARUK, care a descris acest sindrom în 1959). Tratamentul colecistitei influenţează rapid simptomatologia psihică.

497. **ANXIETATE DE SIDA (AIDSA NXIETY SYNDROME)(S) sindrom** ● Tulburări psihice care apar la homosexualii sănătoşi, fără semne de boală şi fără diagnostic serologic pozitiv, constînd în : idei obsesive că ar avea SIDA, thanatofobie, tulburări de atenţie şi concentrare, idei hipocondriace şi de sinucidere. A fost descris de R. VITACETTI, în 1986.

ANXIETAS TIBIARUM(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EKBOM(S) sindrom — Vol. II ; E. 115 ; p. 28.

APATIC(S) sindrom — tulburare posttraumatică a ritmului somn-veghe — Vol. I ; A. 919 ; p. 254.

APARNETIC(S) sindrom — refuzul bolii bacilare/GILLES — Vol. I ; A. 924 ; p. 255.

APATICO-AKINETICO-ABULIC(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KLEIST(S) sindrom — Vol. II ; K. 87 ; p. 1 001.

APERT(S) sindrom — sin. ACROCEFALOSINDACTILIE — Vol. I ; A. 940 ; p. 258.

ARGYLL ROBERTSON(S) sindrom — forma clasică şi inversată — Vol. I ; A. 1 022 ; p. 272.

498. **ARHICEREBELOS(S) sindrom** ● Sindrom provocat prin leziuni ale lobilor nodulusului, uvulei şi floculusului, caracterizat prin tulburări de locomoţie şi echilibru, astazo-abazie cu tendinţă de cădere laterală sau pe spate, tulburări ale pronunţiei cuvintelor, nistagmus. Tulburările de coordonare pot dispărea în poziţia culcat. Este mai frecvent la copiii cu meduloblastom (ARSENI, DĂNĂILĂ, GOLU — 1983).

ASPERGER(S) sindrom — autism infantil cu hiperactivitate — Vol. I ; A. 1 123 ; p. 309.

ASTVATATUROV(S) sindrom — interogare sîcîitoare a medicului — Vol. I ; A. 1 144 ; p. 315.

ATAXIE FRONTALĂ(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BRUNS(S) sindrom (1892) — Vol. I ; B. 480 ; p. 469.

ATAXIE ISTERICĂ(S) sindrom — BRIQUET (1859) — Vol. I ; A. 1 161 ; p. 317.

499. **ATAXIE-TELANGIECTAZIE(S) sindrom** ● Afecţiune degenerativă, cu caracter familial, cu debut la vîrsta învăţării mersului. Clinic se remarcă : ataxie cerebeloasă, dismetrie, hipermetrie, tremurături intenţionale, dizartrie, asinergie, sindrom extrapiramidal (hipomimie, hipertonie plastică, mişcări atetozice). Patognomonice sînt telangiectaziile la nivelul feţei, localizate în special în jurul globilor oculari şi al rădăcinii nasului.

ATONIC-ASTATIC(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIPLEGIE ATONICĂ CONGENITALĂ — Vol. I ; D. 390 ; p. 789.

AUTOMATISM MINTAL(S) sindrom — CLÉRAMBAULT-KANDINSKI(S) sindrom ; CLÉRAMBAULT(S) sindrom ; „Sindromul S" — Vol. I ; A. 1 294 ; p. 345.

BABENCOVA(S) sindrom — KORSAKOV(S) sindrom + pseudomoria (1967) — Vol. I ; B. 2 ; p. 365.

BABINSKI-FROMENT(S) sindrom — sin. BABINSKI-MEIGE(S) sindrom — Vol. I ; B. 6 ; p. 366.

BABINSKI-FRÖHLICH(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ADIPOZO-CONGENITAL(S) sindrom — Vol. I ; A. 269 ; p. 78.

BABINSKI-NAGEOTTE(S) sindrom — sin. SINDROM DE HEMIBULB — Vol. I; B. 8; p. 366.

BALINT(S) sindrom — sin. PARALIZIE PSIHICĂ A VEDERII — Vol. I; B. 31; p. 370.

BALLARD-DEGEN-PAIE(S) sindrom — encefalopatie postmeningo-encefalitică — Vol. I; B. 34; p. 371.

BALLARD-MILLER(S) sindrom — cerebrastenie postmeningoencefalitică — Vol. I; B. 35; p. 371.

BARRÉ-LIÉOU(S) sindrom — formă pasageră a sindromului BABINSKI-NAGEOTTE — Vol. I; B. 57; p. 378.

BARRÉ(S) sindrom — sin. ALGIE DIFUZĂ POSTTRAUMATICĂ; EXTENSO-PROGRESIV(S) sindrom; NEVRITĂ ASCENDENTĂ FICARD; NEVRITĂ IRADIANTĂ GUILLAIN sin. → LERICHE(S) sindrom — Vol. II; L. 138; p. 1 032.

BĂTRÎN ACUZATOR(S) sindrom — reacţii ostile şi revendicative nejustificate — Vol. I; B. 102; p. 386.

BEHÇET(S) sindrom — sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET(S) sindrom — Vol. I; B. 115; p. 389.

BENDER-FISCHER-ADAMS(S) sindrom — amnezie globală şi tranzitorie — Vol. I; B. 139; p. 392.

BENJAMIN(S) sindrom — oligofrenie, anemie, hidrocefalie — Vol. I; B. 147; p. 393.

BENOIT-AMAT(S) sindrom — semnul GUNN inversat — Vol. I; B. 148; p. 393.

BERS-CONRAD(S) sindrom — delir hipocondriac de involuţie — Vol. I; B. 184; p. 400.

500. **BESSMAN-BALDWIN(S) sindrom** ● Tulburări generate de anomalii ale metabolismului aminoacizilor (în special al imidazolului), care se manifestă clinic prin convulsii, deteriorare mintală ajungînd pînă la idioţie, retinită pigmentară cu pierderea vederii, cu debut în prima copilărie.

Cauza acestui sindrom ereditar este o modificare a reabsorbţiei tubulare a imidazolului şi derivaţilor săi, care conduce la aminoacidurie.

Tulburarea renală se transmite genetic cu un caracter dominant, degenerescenţa cerebro-vasculară cu un caracter recesiv.

A fost descris, în 1962, de S. P. BESSMAN şi R. BALDWIN.

501. **BERLIN C.(S) sindrom** ● Sindrom plurimalformativ congenital şi familial, caracterizat clinic prin întîrziere a dezvoltării staturo-ponderale, hiperflexibilitate digitală, pilozitate redusă facială (la bărbat), fără modificări ale pilozităţii axilare sau pubiene, nas „în lorgnietă", buze subţiri cu telangiectazii, hipoplazii dentare, hipoplazia glandelor sebacee, discromie cutanată generalizată, hiperkeratoză palmo-plantară, întîrziere mintală gravă. La subiecţii masculini (boala afectează ambele sexe) se asociază cu hipospadias, infantilism genital, atrofie testiculară.

A fost descris de C. BERLIN, în 1961.

BEŢIA DE SOMN(S) sindrom sin. → ELPENOR(S) sindrom — Vol. II; E. 172; p. 47.

502. **BEUREN(S) sindrom** ● Multiple malformaţii cardiovasculare, dentare şi faciale, asociate cu întîrzieri ale dezvoltării mintale.

Tulburările cardiovasculare grupează stenoze ale vaselor mari, hipertrofie cardiacă, hipertensiune pulmonară; anomaliile dentare sînt caracterizate prin hipoplazie, hipodonţie — asociate cu deformări ale mandibulei, inegalitate a arcadelor dentare (cu malocluzie).

Tulburările comportamentale sînt rar întîlnite în acest sindrom.

A fost descris, în 1964, de A. J. BEUREN.

BIANCHI(S) sindrom — afazie, apraxie, alexie — Vol. I; B. 213; p. 411.

BICKEL-LOWE(S) sindrom — sin. OCULO-CEREBRO-RENAL FANCONI(S) sindrom; LOWE-TERRY-Mc. LAHLAN(S) sindrom sin. → LOWE(S) sindrom — Vol. II; L. 342; p. 1 075.

503. **BIEMOND(S) sindrom** ● Entitate distinctă în cadrul sindromului Laurence-Moon-Biedl, caracterizată prin infantilism hipofizar, colobom irian complet sau incomplet, polidactilie (sau alte malformări digitale), întîrziere mintală.

A fost descris de A. BIEMOND, în 1934.

BIGNAMI(S) sindrom sin. → MARCHIAFAVA-BIGNAMI(B) boală — Vol. III; M. 96; p. 36.

504. **BING-NEEL(S) sindrom** ● Asociere a unei hipergamaglobulinemii şi/sau a unei macroglobulinemii cu leziuni ale sistemului nervos central, constînd în infiltrate difuze perivasculare cu celule rotunde.

Boala debutează cu citeva semne generale : febră, cefalee, anorexie, scădere ponderală, avind în perioada de stare manifestări psihice ca : iritabilitate, tulburări de personalitate și comportament. Deteriorarea mintală însoțește tot acest proces către un deznodămint fatal.

Se presupune o etiologie toxi-infecțioasă. A fost descris de J. BING și V. NEEL, în 1963.

B.L.M.$^{(S)}$ *sindrom* — BUCO-LINGUO-MASTICATOR$^{(S)}$ sindrom — Vol. I; B. 312; p. 432.

BLOCH-SULZBERGER$^{(S)}$ *sindrom* — sin. BLOCH$^{(S)}$ sindrom ; CAROL-BOUR$^{(S)}$ sindrom ; INCONTINENTIA PIGMENTATI ; MELANOBLASTOZĂ LINEARĂ BLOCH ; SIEMENS$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; B. 318 ; p. 433.

BOAS-MATHIEU$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACORIE — Vol. I ; A. 121 ; p. 44.

BOGAERT-NISSEN$^{(S)}$ *sindrom* — formă a leucodistrofiei progresive — Vol. I ; B. 341 ; p. 441.

BONHOEFFER$^{(S)}$ *sindrom* — prodrom psihic al bolilor infecțioase (1910) — Vol. I ; B. 360 ; p. 450.

BONNET$^{(S)}$ *sindrom* — halucinoză vizuală princeps (1760) — Vol. I ; B. 364 ; p. 451.

BONNET-DECHAUME-BLANC$^{(S)}$ *sindrom* — sin. ANGIOMATOZĂ NEURORETINIANĂ — Vol. I ; B. 365 ; p. 451.

BONNET-MORSIER$^{(S)}$*sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MORSIER$^{(S)}$ sindrom — Vol. III ; M. 674 ; p. 161.

BONNEVIE-ULRICH$^{(S)}$ *sindrom* — aberație cromozomială (1949) — Vol. I ; B. 368 ; p. 451.

BONNIER$^{(S)}$ *sindrom* — vertij, hemiplegie, afonie — Vol. I ; B. 369 ; p. 451.

505. **BÖRJESON-FORSSMAN-LEHMANN$^{(S)}$ sindrom** ● Asocierea unei accentuate obezități tronculare (în special a brațelor și regiunii mamare) cu facies „lunar", infiltrare a pleoapelor, nanism sau întirziere în dezvoltarea staturo-ponderală, genu varum, cu întirziere mintală gravă, crize epileptice, infantilism. Sindromul are o transmitere ereditară recesivă și afectează doar sexul masculin.

A fost descris în 1961.

BORNSTEIN$^{(S)}$ *sindrom* — criză parțială de tip rolandic — Vol. I ; B. 381 ; p. 456.

BORREMENS — von BOGAERT$^{(S)}$ *sindrom* — formă de idioție amaurotică (1937) — Vol. I ; B. 382 ; p. 456.

BOTCARO$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIDE-BOTCARO$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; D. 346 ; p. 782.

BOUDOURESQUE$^{(S)}$ *sindrom* — formă a nevritei alcoolice — Vol. I ; B. 390 ; p. 457.

BRATZ$^{(S)}$ *sindrom* — sin. BRATZ-LEUBUSCHER$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; B. 432 ; p. 463.

BRÄUTIGAM$^{(S)}$ *sindrom* — modificări comportamentale la toxicomani — Vol. I ; B. 433 ; p. 463.

BRIQUET$^{(S)}$ *sindrom* — modificări respiratorii în isterie — Vol. I ; B. 451 ; p. 465.

BRISSAUD$^{(S)}$ *sindrom* — anxietate paroxistică de involuție — Vol. I ; B. 453 ; p. 465.

506. **BROWN (J. W.)$^{(S)}$ sindrom** ● Asocierea unei pierderi a sensibilității profunde și/sau superficiale la durere, cu anhidroză generalizată neurogenă (glandele sudoripare nu prezintă anomalii structurale). Se mai pot asocia tulburări ale sistemului nervos vegetativ, aplazia smalțului dentar, incontinență sfincteriană, ușoară întirziere mintală.

Boala are caracter congenital și se datorează, probabil, unor diferențieri anormale ale crestei neurale în timpul primelor stadii ale dezvoltării embrionare.

Indivizii cu această anomalie sint blonzi și au ochii de culoare deschisă. A fost descris de J. W. BROWN, în 1955.

507. **BROWN-SÉQUARD$^{(S)}$ sindrom** ● Asociere tipică de semne senzitive, senzoriale sau motorii, specifice leziunilor care provoacă hemisecțiunea măduvii spinării. Sindromul grupează următoarea suită de semne :

- ● de aceeași parte cu leziunea :
  - — paralizie spastică sublezională ;
  - — anestezie pentru toate formele de sensibilitate deasupra nivelului leziunii (anestezie de tip radicular) ;
  - — zonă hiperestezică variabilă deasupra zonei de anestezie ;
- ● de partea opusă leziunii :
  - — tulburări de sensibilitate tactilă ;
  - — tulburări de sensibilitate termo-algezică.

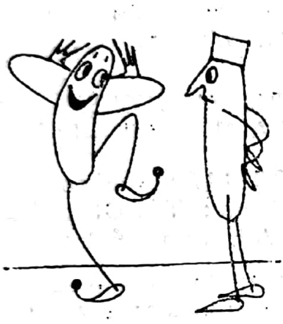
În raport cu nivelul leziunii și cu lățimea și profunzimea acesteia au fost descrise o serie de variante ale acestui tip de disociație siringomielitică. Circumstanțele apariției sindromului sint legate de traumatisme vertebrale, plăgi tăiate sau înțepate ale măduvei, meningomielite sifilitice, tumori intra- sau extramedulare (mai ales la începutul evoluției lor), hematomielii unilaterale. Diagnosticul diferențial cu tulburările de tip isteric este relativ facil.

BRUNS$^{(S)}$ sindrom — ataxie frontală (1892) — Vol. I ; B. 480 ; p. 469.

BRUNS-JASTROWITZ$^{(S)}$ sindrom — sin. DEBILITATE MINTALĂ EUFORICĂ — Vol. I; B. 481 ; p. 469.

BUCY-KLÜVER$^{(S)}$ sindrom — sindrom experimental în lobectomie — Vol. I; B. 491 ; p. 471.

508. **BUFON$^{(S)}$ sindrom** ● Tablou clinic isteric, asemănător cu sindromul ganserian, apărut reactiv în situații deosebite din care subiectul încearcă să iasă prin boală. Subiectul face un exces de gestualitate și mimică sau schițează mișcări de pantomimă, dă răspunsuri alături. Sindromul a fost descris de BLEULER.



BUGARD-SOUVORES-COSTE-VALADE-SALLE$^{(S)}$ sindrom — astenie excitabilitate, hipotonie, surditate — Vol. I ; B. 496 ; p. 472.

BULAHOVA$^{(S)}$ sindrom — dezvoltare prematură a gîndirii abstracte (1892) — Vol. I; B. 500 ; p. 473.

CAIRNS$^{(S)}$ sindrom — schizofrenie simptomatică în tumori — Vol. I ; C. 24 ; p. 483.

CALMEIL$^{(S)}$ sindrom — sin. CONFUZIE MALIGNĂ$^{(S)}$ sindrom ; DELIR ACUT IDIOPATIC ; PSIHOZĂ ACUTĂ AZOTEMICĂ TOULOUSE-MARCHAND-COURTOIS — Vol. I ; C. 38 ; p. 486.

CALOS$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. I; C. 46 ; p. 487.

CAMERĂ DE REANIMARE$^{(S)}$ sindrom — izolare senzorială iatrogenă — Vol. I; C. 51 ; p. 488.

509. **COMISURĂ CENUȘIE$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom caracteristic siringomieliei, determinat de întreruperea fasciculelor spinotalamice la nivelul decusației medulare. Clinic, se manifestă prin disociație termo-analgezică : abolirea selectivă a sensibilității termice și dureroase, cu conservarea sensibilității tactile de presiune și a simțului miotic.

CAP SCOȚIAN$^{(S)}$ sindrom — tulburări mnezice post abuz de alcool — Vol. I ; C. 62 ; p. 491.

CAPGRAS-SÉRIEUX$^{(S)}$ sindrom — iluzia sosiilor — Vol. I ; C. 68 ; p. 492.

CARENȚĂ DE AUTORITATE$^{(S)}$ sindrom — sin. SUTTER—LUCCIONI sindrom — asecurizare (1968) — Vol. I ; C. 102 ; p. 498.

CAROL-BOUR$^{(S)}$ sindrom — sin. BLOCH$^{(S)}$ sindrom ; SIEMENS$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; B. 318 ; p. 433.

CARPENTER$^{(S)}$ sindrom — sin. ACROCEFALOPOLISINDACTILIE — Vol. I; C. 112 ; p. 499.

CASPER$^{(S)}$ sindrom — sin. EREUTOFOBIE sin.
→ ERITROFOBIE$^{(F)}$ — Vol. II ; E. 374 ; p. 106.

CASSIER$^{(S)}$ sindrom — sin. ACROCIANOZĂ CRONICĂ HIPERTROFICĂ – Vol. I ; C. 122 ; p. 500.

CEREBELOS$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. I ; C. 235 ; p. 532.

CESTAN-CHENAIS$^{(S)}$ sindrom — varianta BABINSKI-NAGEOTTE$^{(S)}$ sindrom — Vol. I: C. 258 ; p. 535.

510. **CHAVENY-BRUNHES$^{(S)}$ sindrom** ● Crize de cefalee precipitate de oboseală, stres sau menținerea capului într-o anumită poziție, asociate cu tulburări nevrotice variabile ca tip și durată și calcificarea coasei creierului.

Nu s-a putut stabili cu certitudine etiologia acestui sindrom, părînd să fie vorba de o afecțiune ereditară. A fost descris de J. A. CHAVENY și J. BRUNHES, în 1938.

511. **CHIARI-FROMMEL$^{(S)}$ sindrom** ● Ansamblu de tulburări apărute în perioada de lactație, constînd într-o lactație abundentă, amenoree prelungită (sau definitivă), atrofie utero-ovariană, lombalgii iradiind în membrele superioare, dureri de cap și tulburări psihice avînd în prim plan anxietatea și in-

somnia. Sindromul este foarte rar. A fost semnalat de H. CHIARI, în 1832, și descris, cincizeci de ani mai tîrziu, de R. FROMMEL. În unele cazuri, apare o vindecare spontană cu restitutio ad integrum.

CITELLI$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice — Vol. I; C. 367; p. 551.

CLAUDE-GOUGEROT$^{(S)}$ *sindrom* — senilitate precoce — Vol. I; C. 386; p. 559.

CLÈRAMBAULT$^{(S)}$ *sindrom* — sin. CLÉRAMBAULT-KANDINSKI$^{(S)}$ sindrom ; SINDROMUL S $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AUTOMATISM MINTAL$^{(S)}$ sindrom — Vol. I; A. 1 294; p. 345.

CLOCITOARE$^{(S)}$ *sindrom* — „graviditate masculină" — Vol. I; C. 422; p. 566.

CLOWN$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PAIAȚĂ$^{(S)}$ sindrom — Vol. III; P. 24; p. 354.

COCKAYNE$^{(S)}$ *sindrom* — oligofrenie autosomală recesivă — Vol. I; C. 459; p. 574.

512. **COETQUEN$^{(S)}$ sindrom** (Contele Coetquen, personaj istoric francez, care din eroare ar fi putut să-l împuște pe Saint-Simon. Întîmplarea i-a provocat o mare tulburare pe care nu a reușit să o depășească. Cîteva zile mai tîrziu s-a înecat în Escaut în fața întregului regiment pe care îl comanda) ● Stare de teamă extremă pe care subiectul nu reușește să o îndepărteze, provocată de evitarea unei catastrofe în care acesta ar fi putut fi implicat ca autor. Descris recent (1986) de către J. B. LOUBEYRE, sindromul ar avea următoarele caracteristici : apariția la adolescent ; anturaj propice homosexualității ; folosirea armelor albe sau de foc ; o anumită abandonare a „făptașului" ce către ceilalți membri ai grupuluil.

513. **COMPORTAMENTAL$^{(S)}$ sindrom** ● Formulare încă imprecisă pe care unii autori o folosesc în prezentarea disfuncțiilor sociale ca modele („patterns") nepotrivite ale adaptării și, prin aceasta, generatoare de elemente psihopatologice. Sindroamele comportamentale nu apar deci ca o consecință a unor date biologice sau psihologice modificate. Cînd o tulburare se limitează la conflictul persoanei cu societatea este vorba de o devianță socială care în sine nu reprezintă o boală psihică (R. L. SPITZER, J. B. WILLIAMS). O altă deficiență a acestei abordări constă în faptul că nu se poate indica o relație patogenică în determinarea sindromului respectiv, nu se poate stabili dacă el este consecința unor cauze sociale, a unor tulburări care țin de bolnav sau de capacitatea sa profesională. Aceasta duce la blocarea abordării terapeutice specifice. Fără completarea cu date privind aspecte longitudinale ale istoricului și ale evoluției, imaginea tranversală pe care o oferă sindromul comportamental este insuficientă și neclară.

CONFUZIONAL$^{(S)}$ *sindrom* — sin. STARE CONFUZIONALĂ — Vol. I; C. 566; p. 610.

CONFUZIE MALIGNĂ$^{(S)}$ *sindrom* — sin. DELIR ACUT IDIOPATIC ; PSIHOZĂ ACUTĂ AZOTEMICĂ TOULOUSE-MARCHAND-COURTOIS $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CALMEIL$^{(D)}$/$^{(S)}$ delir/sindrom — Vol. I; C. 38; p. 486.

CONN$^{(S)}$ *sindrom* — sin. ALDOSTERONISM — Vol. I; C. 571; p. 611.

CONTRATIPAL MONGOLISM$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MONOZOMIA 21 — Vol. III; M. 629; p. 149.

COPIL MALTRATAT$^{(S)}$ *sindrom* — sin. SILVERMAN$^{(S)}$ sindrom ; TARDIEU-SILVERMAN$^{(S)}$ sindrom — Vol. I; C. 648; p. 633.

CORD IRITABIL$^{(S)}$ *sindrom* — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH) ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; INIMA SOLDATULUI$^{(S)}$; HIPERVENTILAȚIE$^{(S)}$; NEURASTENIFORM VASCULAR$^{(S)}$; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; STILLE-HARTSHORNE$^{(S)}$; TULBURARE A REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DA COSTA$^{(S)}$ sindrom — Vol. I; D. 6; p. 678.

CORNELIA (de) *LANGE*$^{(S)}$ *sindrom* — oligofrenie congenitală cu microsomie — Vol. I; C. 680; p. 636.

CORONARO-CEREBRAL$^{(S)}$ *sindrom* — sindrom de însoțire (BOGOLEPOV) — Vol. I; C. 682; p. 636.

CORP CALOS$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice — Vol. I; C. 683; p. 637.

CORP LUYS$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HEMIBALISM — Vol. II; H. 128; p. 321.

COSYNS-DURET$^{(S)}$ *sindrom* — sin. PATOMIMIE AUTOMUTILANTĂ — Vol. I; C. 697; p. 641.

COTARD$^{(S)}$ *sindrom* — sin. MEGALOMELANCOLIE — Vol. I; C. 700; p. 643.

514. **COWDEN(S) sindrom** ● Sindrom plurimalformativ, asociind :

- un facies „de pasăre", adenoid, cu hipoplazie maxilară, a palatului moale, a luetei, a ogivei ;
- orificiul bucal mic, cu buze subţiri, acoperite de multiple papiloame verucoase ;
- limbă scrotală ;
- papilomatoză a mucoasei faringiene ;
- hipertrofie masivă a sinilor (prin hiperplazie chistică cu tendinţă la malignizare) şi hiperpigmentare a pielii din această zonă ;
- leziuni ale ficatului, oaselor, tiroidei, organelor genitale externe ;
- amenoree periodică ;
- tulburări neuropsihice : tremor intenţional, apraxie ideomotorie, ataxie, necoordonare a mişcărilor fine, uşor deficit intelectual.

Sindromul a fost semnalat numai la sexul feminin. A fost descris de K. M. LLOYD şi M. DENNIS, în 1963, la o persoană din familia Cowden.

CRITCHLEY(S) sindrom — sin. MUZICOLEPSIE — Vol. I ; C. 738 ; p. 650.

CROOKSHANK(S) sindrom — formă de mongolism — Vol. I ; C. 769 ; p. 664.

CUIB GOL(S) sindrom — drama singurătăţii femeii mamă — Vol. I ; C. 777 ; p. 665.

CURĂ DE DEZGUST(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACETALDEHIDIC(S) sindrom — Vol. IV ; S. 492 ; p. 289.

515. **CURTIUS(S) sindrom** ● Există două sindroame cu acest nume, în care sînt descrise tulburări psihice :

● Gigantismul parţial, care asociază hipertrofia congenitală a hemifeţei (în special a maxilarului) sau a unui segment de membru cu tulburări cutanate (nevi, atrofii ale pielii, distrofii unghiale), anomalii dentare, tulburări de vedere, hipogenitalism şi tulburări psihice diverse. A fost descris în 1925.

● Sindrom plurimalformativ cu transmisie ereditară, care asociază microcefalia cu debilitatea mintală gravă, tulburări oculare (strabism, nistagmus, hemeralopie), tulburări de dezvoltare a dentiţiei, malformaţii osoase (sindactilie, cifoscolioză), hipoplazie sau aplazie a unghiilor, hipoplazie testiculară. A fost descris în 1944.

CUSHING(S) sindrom — sin. SUPRARENOMETABOLIC(S) sindrom (MILCU) — Vol. I ; C. 800 ; p. 673.

D(S) sindrom — sin. TRISOMIE D $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PATAU(S) sindrom — Vol. III ; P. 269 ; p. 399.

DA COSTA(S) sindrom — sin. ACŢIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH) ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; HIPERVENTILAŢIE(S) ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; STILLE-HARTSHORNE(S) — cortegiu de manifestări cardiace funcţionale — Vol. I ; D. 6 ; p. 678.

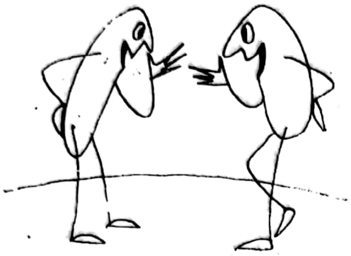
516. **DALILA(S) sindrom** (Dalila — personaj biblic care reuşeşte, prin persuasiuni erotice, să afle secretul puterii lui Samson şi să-l trădeze filistenilor, împotriva cărora lupta. În ultima confruntare mor nu numai Samson, ci şi un număr foarte mare de filisteni) ● Complex faţă de tată al unor fiice care îşi percep confuz feminitatea şi se identifică cu imaginea paternă în relaţia cu partenerul ; această percepţie confuză determină subiectului un statut de inferioritate şi dependenţă. Ca şi în celebra poveste biblică, sfîrşitul unei astfel de relaţii reprezintă distrugerea ambilor parteneri.

DEBILITATE MOTORIE (S) sindrom — motricitate afectată congenital — Vol. I ; D. 56 ; p. 686.

DELBRÜCK(S) sindrom — mitomanie confabulatorie (1881) — Vol. I ; D. 122 ; p. 701.

517. **DEL CASTILLIO(S) sindrom** ● Tulburări ale ciclului menstrual, însoţite de galactoree de origine hipofizară, cu etiologie frecvent tumorală. Există circumstanţe terapeutice psihiatrice în care poate apărea acest sindrom, în special în cazul tratamentului cu sulpirid. Oprirea tratamentului nu produce dispariţia bruscă a galactoreei, ci numai după un interval de cîteva săptămîni.

518. **DELGADO**$^{(S)}$ **sindrom** ● Impresia că alți indivizi repetă actele sau mișcările bolnavului în același timp sau la un scurt interval (alter-ecopraxie). Fenomenul este considerat o formă particulară a gîndirii schizofrenice, de tipul participării la viața altcuiva, fiind o alterare a conștiinței propriului Eu (G. MORI, 1965). Spre deosebire de ecopraxie, nu există tulburări ale voinței. Persoana care „repetă" actele nu este indiferentă afectiv subiectului.



Sindromul face parte dintre fenomenele psihopatologice ale schizofreniei.

DENNY-BRAUN$^{(S)}$ *sindrom* — paraneoplazie psihică — Vol. I ; D. 180 ; p. 726.

DEPOSEDARE$^{(S)}$ *sindrom* — „subiectul nu-și mai aparține" — Vol. I ; D. 199 ; p. 731.

DESHAIES-PELLIER$^{(S)}$ *sindrom* – sin. SINDROM SUBIECTIV AL ELECTROȘOCAȚILOR — Vol. I ; D. 247 ; p. 751.

DESPĂRȚIRE$^{(S)}$ *sindrom* — reacție (la) externare — Vol. I ; D. 255 ; p. 753.

519. **DEZAFERENTARE (LOCKED IN)**$^{(S)}$ **sindrom** ● Sindrom descris de SCHOTT și colab. (1932), prezentînd un tablou clinic asemănător mutismului akinetic, produs prin afectarea căilor cortico-spinale și cortico-bulbare de un ramolisment localizat în piciorul protuberanței. Bolnavii sînt tetraplegici. Prezintă afonie, fiind incapabili să se exprime verbal sau gestual. Nu au tulburări perceptuale și de orientare spațio-temporală. Capacitatea de calcul se păstrează și poate fi verificată folosindu-se un sistem de codificare a mișcărilor lor oculare. Sindromul este însoțit de tulburări ale stării de vigilitate, cel mai frecvent de insomnie și hipervigilență, foarte rar de somn paradoxal.

520. **DEZVOLTARE**$^{(S)}$ **sindrom** ● Concept introdus de H. SULLIVAN pentru a descrie trăsături de caracter ce reflectă persistența unor modalități de apărare a autostimei individuale neadecvate vîrstei, realizînd prin aceasta încrederea individului în propriile forțe. Sindroamele de dezvoltare pot să păstreze aparența sănătății mintale sau să ducă la dezvoltarea unei boli psihice. În opinia autorului, aceste sindroame dau coloratura specifică patologiei individuale.

DIDE-BOTCARO$^{(S)}$ *sindrom* — sin. BOTCARO$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; D. 346 ; p. 782.

521. **DIENCEFALIC**$^{(S)}$ **sindrom** ● Tulburări de conștiință de tip cantitativ, de intensitate diferită, avînd ca simptom central pierderea parțială a răspunsurilor la solicitările mediului înconjurător (stupoare). După implicarea mai mică sau mai mare a nucleilor bazali, se descriu trei grade ale stuporii (tabel CLXXXV).

Sindromul diencefalic poate asocia stupoarea cu confuzia, într-un raport invers proporțional : cu cît stupoarea este mai superficială, cu atît confuzia este mai mare.

DIFUZIE A IDENTITĂȚII$^{(S)}$ *sindrom* — lipsa identității adolescentului — Vol. I ; D. 362 ; p. 785.

DIOGENE$^{(S)}$ *sindrom* — existența vegetativă a vîrstnicului — Vol. I ; D. 381 ; p. 789.

522. **DISOCIAȚIE ALBUMINOCITOLOGICĂ**$^{(S)}$ **sindrom** ● Sindrom disociativ lichidian, concretizat în creșterea albuminorahiei peste valorile normale (10—25 mg%), fără reacție celulară inflamatorie, semnificînd un blocaj

TABEL CLXXXV

Gradul stuporii	*Intensitate clinică*	*Tipul leziunii*
I	„adevărata somnolență"	afectare parțială a nucleilor bazali
II	somnolență accentuată	afectare bilaterală a nucleilor bazali
III	somnolență profundă	leziuni în nuclei, hipotalamus, cortex

în circuitul lichidului cefalorahidian prin tumori medulare sau cerebrale, sau datorat trecerii în lichidul cefalorahidian a unor produse de dezintegrare a parenchimului nervos, așa cum se întîmplă în puseele evolutive ale poliomielitei. Sindromul este prezent și în poliradiculonevrita Guillain-Barré și uneori la vechii luetici, semnalînd prezența unor meningite active. În tumorile medulare chistice, disociația albuminocitologică, cunoscută sub numele de sindromul Nonne-Froin, atinge nivelul gramelor în privința albuminorahiei.

523. **DISOCIAȚIE CITOALBUMINOASĂ**$^{(S)}$ **sindrom** ● Sindrom disociativ lichidian, caracterizat prin pleiocitoză mai mare de 20 elemente/mm^3, cu albuminorahie normală. Apare în perioada de debut a poliomielitei și a meningitelor virale, în traumatisme cranio-cerebrale ușoare, în scleroza multiplă.

DUBOVITZ$^{(S)}$ *sindrom* — polihandicapare — Vol. I ; D. 601 ; p. 832.

DUMPING$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice post gastrectomie — Vol. I ; D. 609 ; p. 833.

DUPRÉ-MERKLEN$^{(S)}$ *sindrom* — sin. SCHLEMIHL$^{(S)}$ sindrom — afectare congenitală a motilității — Vol. I ; D. 614 ; p. 834.

524. **DURERE ULCEROASĂ FANTOMĂ**$^{(S)}$ **sindrom** ● Semne subiective ale unei suferințe ulceroase la unii subiecți care au suportat o operație de tip vagotomie pentru ulcer. Nu sînt identificate, în examenele radiologice, semne ale unei boli ulceroase și nici alte semne obiective în examenul clinic. Numele acestui sindrom a fost atribuit de M. PELANZ (1966) ; LOPEZ IBOR a remarcat de asemenea și o frecvență mai crescută a cefaleei la bolnavii gastrectomizați, pe care aceștia o atribuie anesteziei, dar care nu dispare cu timpul. Aceste două simptome constituie, după părerea mai multor autori, un sindrom altern („shift syndrome" — GROEN, 1957).

525. **DYKE-DAVIDOV**$^{(S)}$ **sindrom** ● Hemiatrofie cerebrală congenitală, manifestată prin întîrziere mintală severă, crize comițiale de tip grand mal, asimetrie facială și hemiplegie contralaterală.

ECOPATIC$^{(S)}$ *sindrom* — ecolalie, ecopraxie, ecokinezie, ecomimie, ecografie — Vol. II ; E. 49 ; p. 15.

ECZEMĂ-ASTM$^{(S)}$ *sindrom* — echivalență depresivă la adolescent — Vol. II ; E. 64 ; p. 16.

526. **EDELMAN**$^{(S)}$ **sindrom** ● Ansamblu de manifestări întîlnite în afecțiunile cronice ale pancreasului : scădere ponderală marcată (putînd ajunge pînă la cașexie) și hiperpigmentare cenușie, paralizii oculomotorii, polinevrite, tulburări vestibulare, tulburări psihice diverse (în special psihoze de tip Korsakov). A fost descris de A. EDELMAN în 1936, dar mulți autori neagă existența unui astfel de sindrom.

EDWARDS$^{(S)}$ *sindrom* — sindrom malformativ rar — Vol. II ; E. 71 ; p. 18.

EFORT$^{(S)}$ *sindrom* — sin. CORD IRITABIL sin. → DA COSTA$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; D. 6 ; p. 678.

EKBOM$^{(S)}$ *sindrom* — echivalență depresivă manifestată neurologic — Vol. II ; E. 115 ; p. 28.

ELPENOR$^{(S)}$ *sindrom* — stare crepusculară, dismnezie, oscilații timice — Vol. II ; E. 172 ; p. 47.

EMILE-WEIL$^{(S)}$ *sindrom* — tulburări psihice în anemia pernicioasă — Vol. II ; E. 197 ; p. 50.

527. **ENCEFALITIC**$^{(S)}$ **sindrom** ● Este determinat de un proces inflamator infecțios (microbian sau viral) sau neinfecțios (alergic), la nivelul parenchimului nervos central. Tabloul clinic este polimorf, simptomele fiind determinate de diferitele localizări ale procesului inflamator. Tulburările neurologice cele mai frecvente sînt : convulsii tonicoclonice, hemiplegie, tetraplegie sau paraplegie, rigiditate parkinsoniană, diskinezii, ataxie, paralizii ale nervilor cranieni. Tulburările psihice constau în delir, agitație, depresie și tulburări de conștiență de diferite grade, de la somnolență pînă la comă.

528. **EPUIZARE PROFESIONALĂ (BURN OUT)**$^{(S)}$ **sindrom** (Burn out — termen din industria aerospațială, desemnînd epuizarea prea rapidă a carburantului unei rachete, avînd drept rezultat supraîncălzirea și distrugerea ei) ● Termen introdus în 1974 de psihanalistul american H. FREUDENBERGER pentru a desemna eșuarea, uzura și epuizarea, datorate solicitării excesive a energiei, forțelor sau resurselor, care îi provoacă individului o scădere a întregului potențial de acțiune. MASLACH (1982) definește acest sindrom prin atitudinea negativă sau cinică și detașarea față de activitatea profesională, mai ales în cea publică (pacienți, cumpărători, clienți, petiționari etc.), prin dezvoltarea unei imagini de sine negative

şi a unei imagini defavorabile faţă de muncă şi relaţiile cu ceilalţi.

L. LAROUCHE, trecînd în revistă o serie de alte sindroame, care prin extensie ar putea fi asemănătoare „burn out"-ului, inventariază : „oboseala de luptă", sindromul „şefului stresat", sindromul de devalorizare, neurastenia, depresia ocupaţională etc. Sindromul de „burn out" apare mai frecvent în profesiunile care presupun o implicare directă a subiectului în ajutorarea celorlalţi (servicii sociale, publice, administrative, asigurarea ordinii, servicii de sănătate), dar şi la alte categorii profesionale (fără a se suprapune cu noţiuni mai largi, ca „stres profesional" — W. PAINE).

A. PINES (1982) consideră că sindromul de „burn out" este mai frecvent în profesiunile şi în sectoarele zise auxiliare, iar persoanele mai predispuse sînt cele care idealizează natura muncii şi scopurile lor profesionale. Dintre profesiunile care predispun la apariţia epuizării pot fi menţionate :

- profesiuni care implică o mare dependenţă a individului aflat în poziţia de simplu executant al unor operaţii a căror reuşită nu influenţează în nici un fel prestigiul pe care profesiunea ar trebui să-l confere : muncitori de înaltă calificare, lucrînd la bandă, operatori în centre de calcul, controlori de zbor, personal paramedical, telefoniste ; anonimatul şi executarea mecanică sînt principalele dificultăţi cu care se confruntă aceste categorii ;
- profesiuni cu program neconvenţional sau care nu ţin seamă de ritmurile naturale ale organismului uman sau de comportamente obişnuite ; rotaţia schimburilor prelungite, combinată cu noxe profesionale importante, produce rapid sindromul de epuizare, mai ales atunci cînd în cadrul familial apar desincronizări majore între soţi în ceea ce priveşte programul de lucru ; în această categorie se încadrează şi militarii, o epuizare mai accentuată apărînd la cadrele de comandă din unităţi operaţionale ;
- profesiuni care, sub presiunea ritmului informaţional crescut şi a cererilor tot mai mari din partea membrilor comunităţii, şi-au schimbat profilul tradiţional (considerat echilibrat şi liniştit) ; în această categorie intră grupa profesiunilor medicale, profesorii, personalul de organizare şi conducere, forţele de ordine publică.

Caracteristica comună a acestor profesiuni este, după Ch. DEJOURS (1980), faptul că îl obligă în permanenţă pe individ să-şi susţină o imagine personală idealizată, în condiţiile în care şi prezenţa maşinilor automatizate sau ale calculatoarelor exercită o influenţă în continuă creştere asupra procesului de idealizare. Cele mai multe anchete au demonstrat o frecvenţă mai mare a sindromului "burn out" la medici (VAILLANT — 1972, SHORTT — 1979, CROMBEZ — 1985, SAUCIER — 1985), ziarişti şi scriitori. Dintre medici, mai afectaţi (potrivit studiilor americane) sînt oftalmologii, medicii generalişti din mediul rural şi psihiatrii. S-a putut demonstra că există un raport strîns între durata consultaţiei (consultaţiile scurte sînt mult mai nocive), ca şi între gradul de cooperare al pacientului cu medicul în timpul examinării şi apariţia sindromului de epuizare.

În opinia diverşilor autori (PERLMAN, HARTMAN, SHINN) conceptul este heterogen, dar, cu toate că nu se poate vorbi despre o patologie specifică, tabloul clinic poate fi descris prin următoarele aspecte :

- semne şi simptome somatice : cefalee perpetuă, tulburări digestive, astenie, oboseală etc. ;
- comportamente neobişnuite pentru subiect : iritabilitate, ruperea relaţiilor cu colaboratorii pînă atunci apropiaţi, neîncredere, atitudine de superioritate (subiectul cunoaşte „totul", e la curent cu „orice", „ştie" dinainte rezultatele unor acţiuni şi nu mai doreşte să-şi asculte colaboratorii etc.) ;
- atitudini defensive cum ar fi : rigiditate, negativism, pseudoactivism (subiectul petrece tot mai multe ore la locul de muncă, dar realizează tot mai puţin din ceea ce îşi propune, fără să fie conştient pe deplin de acest lucru — D. SCARFONE, 1985), rezistenţă la schimbare.

După MASLACH, cele trei elemente centrale ale sindromului sînt :

- epuizarea fizică şi/sau psihică ;

- „depersonalizarea profesională" — degradarea calității raporturilor profesionale, rigiditate ;
- atitudinea negativă față de sine și față de propriile împliniri, cu scăderea productivității muncii.

Trecînd în revistă psihopatologia epuizării, F. LEBIGOT și B. LAFONT (1985) arată că debutul se produce cel mai frecvent după o perioadă variabilă de oboseală, stres și surmenaj care survine în raport cu evenimentele socio-profesionale : eșecuri la concursuri, schimbarea activității sau a locului de muncă, promovarea, căsătoria. De regulă, bolnavul se prezintă la psihiatru pentru apariția unor simptome nevrotice care blochează complet activitatea subiectului (crampa scriitorului, verificări obsesive etc.), manifestări de refuz deghizat (absenteism inexplicabil, crize de plîns, exagerarea unei patologii infecțioase banale). Pierderea autocontrolului, precum și tulburările de concentrare a atenției, dismneziile, labilitatea emoțională atrag atenția medicului și anturajului.

Tulburările de tip anxios, depresia (uneori o stare pseudoeuforică avînd semnificația unei stări de excitație anxioasă), ideile hipocondriace și de autoacuzare, apariția unor idei suicidare alcătuiesc un tablou polimorf, la care se adaugă iritabilitatea, susceptibilitatea și agresivitatea necontrolată față de colegii de muncă. Pe plan somatic, tulburările somnului și ale apetitului alimentar, scăderea interesului pentru viața sexuală și apariția unor tulburări de dinamică sexuală se completează cu o patologie algică variabilă, amețeli, tremurături. Această patologie este frecvent alimentată de teme profesionale de care subiectul este incapabil să se desprindă, deși nu reușește să ducă nimic la bun sfîrșit, cu toate că zi și noapte caută soluții (în vis și chiar în coșmaruri profesionale). O veritabilă fascinație îl leagă de activitatea sa profesională, în care încearcă să rămînă integrat „cu prețul vieții" (SCARFONE).

BIBEAU și DUBREUIL (1984) arată că sindromul de epuizare poate fi descris în termenii unui proces secvențial, care s-ar dezvolta în trei faze :

- un dezechilibru sesizabil între resursele individuale și organizaționale disponibile, pe de-o parte, și cerințele pe care activitatea le implică, pe de altă parte ;
- dezvoltarea unor răspunsuri neurofiziologice și emoționale, ca reacție la acest dezechilibru : anxietate, oboseală, epuizare etc. ;
- schimbarea atitudinilor și comportamentelor.

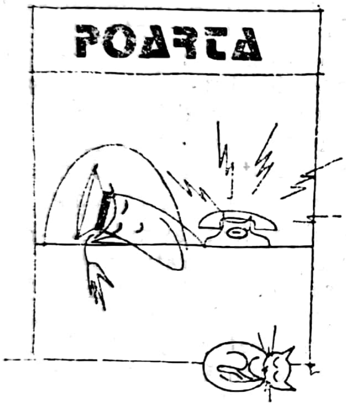
În acest context, sindromul „burn out" poate fi considerat ca o reacție de retragere în fața unei situații dificile, o strategie de adaptare a individului în fața unor cerințe prea ridicate. Într-o perspectivă mai largă, autorii atrag atenția asupra faptului că generalizarea fenomenului ar putea fi expresia sentimentului de neputință crescîndă față de un sistem de activități pe care fiecare individ îl percepe ca incontrolabil, independent de voința și dorința lui.

Printre factorii care duc la instalarea acestui sindrom pot fi enumerați : munca neurmată de rezultate imediate, nerecunoașterea calității activității, lipsa încurajărilor și a gratificațiilor morale. EDELWICH și BRODSKY (1980) susțin că subiectul se epuizează pe măsură ce constată prăbușirea propriilor iluzii în fața evidenței realității.

Deși multe dintre lucrările referitoare la sindromul „burn out" au încercat identificarea unei personalități predispuse, ele nu au putut fi finalizate printr-o demonstrație statistică (Mary BETH SMITH). Totuși, s-a ajuns la un consens asupra personajului idealist care vrea cu disperare să-i ajute pe ceilalți (A. FARBERT, 1983) și care se identifică înainte de toate cu profesiunea sa, personaj care manifestă o fragilitate sporită, o predispoziție pentru instalarea epuizării profesionale.

Sindromul a fost asimilat, din punct de vedere patogenic, de către autorii de formație psihanalitică, începînd cu FREUDENBERGER, autorul descrierii lui inițiale, cu un proces de doliu. În acest sens, FISCHER (1983) insistă asupra delimitării între sindromul demisionar („wear out" — în care individul este epuizat de condițiile de muncă inadecvate, își pierde autostima și cere ajutorul medicului) și sindromul de „burn out", în care subiectul luptă cu tărie, neputînd să renunțe la idealizarea muncii sale și la fantasmele de atotputernicie care o însoțesc. Negarea realității reprezintă mecanismul prin care subiectul își menține iluzia și speranța că ar putea corespunde idealului unui Eu exigent. LASCH (1979) consideră că izolarea afectivă și individualismul, ca și un stil de muncă bazat numai pe eficacitatea personală fac ca individul să aștepte tot mai mult gratificații narcisiace din partea domeniului său profesional. Acest lucru se întîmplă în profesiuni în care, de fapt, subiectul ar trebui să fie producător și nu consumator de gratificații afective. Datorită investiturii acordate unor profesiuni „vocaționale" (medicină, psihologie, lucrători sociali, cadre de conducere, administrație și organizare), așteptările sînt foarte ridicate ; subiectul poate distruge, prin dezechilibrare, relația cu ceilalți, provocindu-și o masivă scădere a randamentului și performanțelor prin această comutare inconștientă.

După R. STEBENNE, mecanismul prin care se produce somatizarea ar fi legat de eșecul apărării narcisiace, reprezentat de munca-simptom și transformarea corpului în teren de desfășurare a reacțiilor individului. Autori behavioriști afirmă că mecanismele patogenice ale sindromului sînt legate de slăbirea „întăririlor", dar și de exagerarea așteptărilor privitoare la rezultate și eficacitate (MEIER). Alți autori consideră sindromul ca fiind generat de decalajul dintre obiectivele individului și competențele sale reale. În ceea ce privește fiziopatologia stărilor de epuizare, acestea intervin în momentul în care organismul încetează să se adapteze la stimulii la care este supus. În activitatea profesională, gradul de motivație, generat de conștiința profesională, ambiția personală, situațiile de rivalitate eliberează o capacitate practică suplimentară de adaptare (M. F. POIRIER, 1985). Depășirea acestei „marje de siguranță" produce surmenaj și epuizare, determinînd tulburări biologice și organice, precum :



- creșterea catecolaminelor plasmatice în situațiile de stres acut (vorbitul în public, de exemplu, dublează cantitatea de adrenalină și sporește o dată și jumătate cantitatea de noradrenalină), cu scădere consecutivă a ritmului turn-over-ului catecolaminic cerebral și depășirea capacității de sinteză ;
- creșterea cortizolului plasmatic în cazul unor reacții psihologice inadecvate (această teorie s-a confirmat într-o oarecare măsură și prin studii experimentale) ;
- scăderea capacității de transformare limfoblastică, diminuarea imunoglobulinelor salivare și a activității fagocitare a leucocitelor ;
- perturbarea metabolismului lipidic și glucidic, în sensul unor creșteri separate sau globale ale acizilor grași liberi, ale colesterolului și trigliceridelor.

O serie de studii au arătat că răspunsul biologic față de același stimul nociv repetat este diferit de la un individ la altul și că odată cu prelungirea situației de epuizare apar trepte diferite de implicare biologică.

Pentru stabilirea diagnosticului pozitiv, H. GRANTHAM propune folosirea criteriilor din DSM III referitoare la tulburările de adaptare, cu precizarea că primul criteriu, factorul stresant, nu poate fi întotdeauna bine clarificat :

- reacția neadaptată la un factor de stres psihosocial identificabil, în cursul a trei luni de la apariția acestuia;
- caracterul nonadaptativ al reacției, tradus printr-una din următoarele manifestări :
  - un handicap în funcționarea socială sau profesională ;
  - simptome exagerate în raport cu o reacție normală și previzibilă la factorii de stres ;
- perturbarea nu reprezintă doar un model de hiperreactivitate la stres, și nici o exacerbare a altei tulburări mintale ;
- este de presupus că perturbarea va înceta după dispariția factorilor de stres sau, dacă aceștia persistă, va evolua către un nou grad de adaptare ;
- perturbarea nu corespunde criteriilor nici uneia dintre tulburările mintale specifice și nici reacției de doliu.

CHERNISS (1980) a imaginat o scală pentru măsurarea caracteristicilor sindromului „burn out", avînd 28 de itemi. Diagnosticul diferențial se face cu depresia majoră, stările anxioase nevrotice, dizarmoniile de personalitate, debutul schizofreniei sau stări postprocesuale, ca și cu afecțiuni somatice atunci cind apar „somatizări" ale sindromului. H. WALLOT consideră că acest sindrom nu poate fi decit un diagnostic de excludere. G. BIBEAU și G. DUBREUIL (1983) arată că dificultatea definirii naturii sindromului de epuizare profesională este legată, pe de o parte, de densitatea simptomelor incriminate (unele reprezentînd variații fiziologice, altele oscilații psihologice și emoționale, tulburări comportamentale), iar pe de altă parte, de ambiguitatea conceptului de interrelaționare deficitară, care implică în egală măsură locul de muncă şi mediul siocio-familial al individului. În opinia celor doi autori, punctele de reper ale sindromului nu par să fie conturarea unui complex simptomatic, ci un „proces de atribuire" în care se poate stabili o legătură între un ansamblu de semne şi anumite condiţii de muncă.

Măsurile terapeutice vor fi luate în raport cu etiopatogenia recunoscută, deci cu ansamblul de factori psihosociali (de personalitate şi de mediu). Se evidenţiază rolul important al prevenirii acestui sindrom, ca şi dezvoltarea unor strategii de protecţie individuală cît mai eficientă. Măsurile terapeutice au un grad sporit de nespecificitate şi, deşi rezultatele lor sînt previzibile, nu li se poate generaliza recomandarea: odihna, reorientarea profesională, schimbarea locului de muncă, prescripţii medicamentoase simptomatice vizînd simptome-ţintă precise, psihoterapii de susţinere în care comunicarea deschisă şi orientarea spre acţiune sînt în prim plan.

RICHARDSON şi WEST (1982) au preconizat organizarea unor „ateliere de coordonare motivaţională" bazate pe interacţiunea dinamică într-un grup omogen, care îşi propune soluţionarea metodică de probleme. Grupul este acela care alege problemele prioritare, analizînd resursele disponibile şi preconizează soluţiile aplicabile în cooperare cu beneficiarul, modelînd obiectivele şi asigurînd urmărirea practică a căilor alese.

Pentru B. LAPLANTE, sindromul „burn out" nu este decît un mit care ar risca, în opinia sa, să fie inclus în DSM IV datorită „tendinţei pe care o au americanii de a include curentele sociale contemporane în clasificările pe care le fac".

Discuţiile asupra acestui sindrom, cu puternică coloratură socio-culturală (este o realitate nord-americană incontestabilă — GRANTHAM, 1985) sînt abia la început, iar specificitatea lui este greu de delimitat. Pentru cercetările viitoare, cuantificarea unor indicatori ca satisfacţie profesională, competenţă, profesionalism, performanţe şi eficacitatea profesională ar putea deschide căile unei abordări metodologice mai eficiente.

ERISIHTON$^{(S)}$ sindrom — consumul alimentar exagerat — Vol. II; E. 371; p. 106.

EXNER$^{(S)}$ sindrom — distorsiune spaţială (180°) — Vol. II; E. 497; p. 137.

EXPRESIONALE$^{(S)}$ sindroame — „nevoia de expresie" (HESNARD, 1916) — Vol. II; E. 524; p. 145.

EXTENSOPROGRESIV$^{(S)}$ sindrom — sin. ALGIE DIFUZANTĂ POSTTRAUMATICĂ; BARRÉ$^{(S)}$; NEVRITĂ ASCENDENTĂ FICARD; NEVRITĂ IRADIANTĂ GUILLAIN $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LERICHE$^{(S)}$ sindrom — Vol. II; L. 138; p. 1 032.

FALTA$^{(S)}$ sindrom — tulburări endocrine asociate cu tulburări psihice (1912) — Vol. II; F. 32, p. 161.

FANCONI-SCHLESINGER$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice (1952) — Vol. II; F. 39; p. 167.

FETAL ALCOOLIC$^{(S)}$ sindrom — efecte teratogene la copiii mamelor alcoolice — Vol. II; F. 128; p. 188.

FLATAU$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II; F. 180; p. 198.

FOIX-CHAVENY-LEVY$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II; F. 223; p. 215.

FÖRSTER$^{(S)}$ sindrom — formă de encefalopatie infantilă — Vol. II; F. 251; p. 219.

FRANCESCHETTI$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II; F. 269; p. 221.

259. **FREUD$^{(S)}$ sindrom** ● Denumire propusă de P. JANET pentru desemnarea unor impulsiuni deosebite, monstruoase sau profanatorii, pe care autorul le consideră o „manie pentru represie".

FRIEDMANN$^{(S)}$ sindrom — formă de encefalită subacută — Vol. II; F. 303; p. 227.

FRÖHLICH$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ADIPOZOGENITAL$^{(S)}$ sindrom — Vol. I; A. 269; p. 78.

FRONTAL-PREFRONTAL$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II; F. 310; p. 228.

FULTON$^{(S)}$ sindrom — scăderea agilităţii şi preciziei mişcării — Vol. II; F. 325; p. 236.

GANDY$^{(S)}$ sindrom — sin. INFANTILISM TARDIV — manifestări psihice — Vol. II; G. 28; p. 245.

GANSER$^{(S)}$ sindrom — sin. SINDROMUL RĂSPUNSULUI ALĂTURI — Vol. II; G. 35; p. 246.

GARCAVI(S) sindrom — modificarea vieţii instinctuale în endogenii — Vol. II ; G. 36 ; p. 247.

GASTAUT(S) sindrom — sin. EPILEPSIE POSTHEMORAGICĂ (GOWERS) — Vol. II ; G. 41 ; p. 247.

GELINEAU(S) sindrom — sin. FRIEDMANN(B) boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NARCOLEPSIE — Vol. III ; N. 25 ; p. 185.

530. **GERLIER(S) sindrom** ● Afecţiune caracterizată de apariţia unor pusee violente de ameţeală, însoţite de paralizii flasce ale membrelor inferioare, ptoze, cefalee cu caracter fugace. A fost descris de autor la păzitorii de vaci care dormeau în grajduri în zona lacului Geneva. O simptomatologie asemănătoare a descris, în zona Kubisagura, japonezul Miura. Afecţiunea are un caracter tranzitoriu şi durează cîteva săptămîni. În geneza ei au fost incriminate mecanisme alergice (aşa numitele „alergene de grajd" — M. MATTHES, H. CRUSCHMANN). Diagnosticul diferenţial cu simptomatologia nevrotică, în special cu cea de conversie, este facilitat de profesiunea particulară a celor care suferă de acest sindrom.

GERSTMANN(S) sindrom — agnozie digitală, agrafie, acalculie — Vol. II ; G. 103 ; p. 263.

GHILIAROVSKI(S) sindrom — perseveraţie motorie în boala Pick — Vol. II ; G. 115 ; p. 265.

GIACOMINI(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; G. 116 ; p. 265.

GILBERT-BALLET(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ INSOMNIE PERIODICĂ — Vol. II ; 231 ; p. 475.

GILBERT-BEHÇET(S) sindrom — sin. OCULO-BUCO-GENITAL(S) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHÇET(S) — Vol. I ; B. 115 ; p. 389.

GLASER(S) sindrom — triada psihovegetativomotorie — Vol. II ; G. 145 ; p. 270.

GOLDSTEIN(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; G. 179 ; p. 275.

GOWERS(S) sindrom — echivalenţă epileptică — Vol. II ; G. 183 ; p. 275.

GRAFFES-HALLGREN(S) sindrom — sin. HALLGREN-SJÖGREN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HALLGREN(S) sindrom — Vol. II ; H. 22 ; p. 298.

GREES(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; G. 215 ; p. 283.

GREIG(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; G. 217 ; p. 284.

GRÜNBERGER-ZAPOTOCKY(S) sindrom — manifestări psihice în TBC — Vol. II ; G. 231 ; p. 286.

GUILLAIN — de SÈZE-BLONDIN-WALTER(S) sindrom — paralizia profesională a peronierului — Vol. II ; G. 244 ; p. 291.

GUILLAIN-THAON(S) sindrom — asociere tabes şi PGP — Vol. II ; G. 246 ; p. 291.

GUIRAUD(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ P.E.M.A. (palilalie, ecolalie, mutism, amimie) — Vol. III ; P. 340 ; p. 410.

GUNN(S) sindrom — sinergie funcţională ciudată — Vol. II ; G. 252 ; p. 292.

GUTIEREZ-NORIEGO(S) sindrom — demenţierea alcoolicului — Vol. II ; G. 262 ; p. 294.

HALLERMANN-STREIFF-FRANÇOIS(S) sindrom — „cap de pasăre" — Vol. II ; H. 19 ; p. 298.

HALLGREN(S) sindrom — sin. GRAFFES-HALLGREN(S) sindrom ; SJÖGREN-HALLGREN(S) sindrom — Vol. II ; H. 22 ; p. 298.

HARRIS(S) sindrom — hipoglicemie spontană, manifestări psihice — Vol. II ; H. 72 ; p. 312.

HAUSER-KASPAR(S) sindrom — izolare socială/trăsături senzitive (Weise, 1966) — Vol. II ; H. 78 ; p. 312.

HAVELOCK-ELLIS(S) sindrom — sin. ONDISM — Vol. II ; H. 79 ; p. 313.

HEBEFRENIC(S) sindrom (P. GUIRAUD, 1956) — Vol. II ; H. 86 ; p. 314.

HECAEN(S) sindrom — formă particulară a apractoagnoziei — Vol. II ; H. 90 ; p. 315.

HEIDENHEIM(S) sindrom — demenţiere progresivă, cecitate corticală — Vol. II ; H. 97 ; p. 316.

HEMIBULB(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BABINSKI-NAGEOTTE(S) sindrom — Vol. I ; B. 8 ; p. 366.

HEUBNER-SCHILDER(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SCHILDER-FOIX(S) boală — Vol. IV ; S. 94 ; p. 32.

HH(S) *sindrom* — entitate electroclinică (GASTAUT, VIGOUREUX) — Vol. II ; H. 172 ; p. 330.

HHHO(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ZELLWEGEN(S) sindrom — Vol. IV ; Z. 17 ; p. 772

HIBERNAL DEPRESIV RECURENT(S) *sindrom* — sin. HIBERNALĂ DEPRESIE ; SAD (SEASONAL AFFECTIVE DISORDER) — echivalențe depresive — Vol. II ; H. 179 ; p. 330.

HIDROCEFALIE(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. II ; H. 184 ; p. 331.

HIPERKINETIC(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DISFUNCȚIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM) — Vol. I ; D. 428 ; p. 795.

531. **HIPERNATREMIE ESENȚIALĂ(S) sindrom** ● Tulburare de origine diencefalică a echilibrului hidroelectrolitic, constînd, după PLUM (1972), în :

- hipernatremie, neînsoțită de deficit de lichid corespunzător ;
- păstrarea unui răspuns normal al tubilor renali la hormonul antidiuretic ;
- secreție inadecvată de hormon antidiuretic, ca răspuns la stimulii osmotici ;
- absența sau deficiența setei, în condițiile unei vigilități normale.

Dintre simptomele psihice se notează : anorexie, lentoare, iritabilitate, depresie, episoade paranoide. Creșterea natremiei la 160 mEq duce la senzația de slăbiciune și hipersensibilitate musculară, febră, oboseală, ataxie, crampe, paralizii, iar un nivel ce depășește 180 mEq — la confuzie, stupoare, sfîrșit letal. Sub forma sa pură, hipernatremia esențială este rară, înregistrîndu-se, de obicei, cazuri simptomatice în ocluzii bilaterale ale arterei cerebrale, diabet insipid, alte leziuni hipotalamice. Diagnosticul sindromului de hipernatremie esențială este dificil în cazul în care comportamentul de sete este ignorat din anamneză.

Tratamentul acestui sindrom este legat de refacerea echilibrului sodiu/potasiu prin regim alimentar, administrare de diuretice de tip spironolactonă, tiazidă, clorpropamidă, obligarea bolnavului la un consum sporit de lichide (mai mulți litri de apă zilnic).

HIPERSIMPATICOTONIE(S) *sindrom* — suită vegetativă + anxietate — Vol. II ; H. 250 ; p. 343.

HIPERSOMNIE CU FOAME EXAGERATĂ (MEGALOFAGIE)(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KLEINE-LEWIN-CRITCHLEY(S) sindrom — Vol. II ; K. 83 ; p. 1 000.

HIPERTENSIUNE INTRACRANIANĂ(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. II ; H. 258 ; p. 346.

HIPERTON-HIPERKINETIC(S) *sindrom* — ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; INIMA SOLDATULUI ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; STILLE-HARTSHORNE(S) sindrom ; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DA COSTA(S) sindrom — Vol. I ; D. 6 ; p. 678.

HIPOCONDRIAC(S) *sindrom* — semnele bolii imaginare — Vol. II ; H. 305 ; p. 359.

HIPOFIZO-TALAMIC(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ADIPOZOGENITAL(S) sindrom — Vol I ; A. 269 ; p. 78.

HIPOMANIACAL(S) *sindrom* → PMD — Vol. II ; H. 320 ; p. 365.

HI-WA(S) *sindrom* (MARSELLA, 1982) — Vol. II ; H. 361 ; p. 380.

HOCHE(S) *sindrom* — „specificitatea psihozei" — Vol. II ; H. 363 ; p. 380.

HORTON(S) *sindrom* — sin. CEFALEE HISTAMINICĂ — Vol. II ; H. 394 ; p. 390,

532. **HUBER(S) sindrom** ● Simptomatologie reziduală schizofrenică delirantă, în așa-numitul „defect pur".

Conceptul de „defect pur" se referă la sindroamele de deteriorare postpsihotică în care simptomele bazale „negative" apar în absența unei simptomatologii bleuleriene.

În simptomatologia „defectului pur" pot fi considerate (selectiv) următoarele grupe de funcții asupra cărora pacientul are acuze subiective :

- o funcție cognitivă (concentrare, atenție, memorie, eficiența gîndirii) ;
- o funcție emoțională (emoții nenaturale, disconfort emoțional, anestezie afectivă) ;
- funcție motorie și cenestezie (senzații dezagreabile, dar calitativ normale) ;
- funcție perceptivă (hiper- sau hipoestezie) ;
- funcțiile vegetative (tahi- sau bradicardie, tahi- sau bradipnee).

De asemenea, subiectul îşi percepe modificat toleranţa la stresul normal, în sensul unei importante scăderi a acesteia (hiperexcitabilitate, iritabilitate, tensiune psihologică) şi o scădere a nivelului energetic individual.

P. HUBER propune ca mecanism explicativ ale acestor tulburări „filtrarea deficitară" a informaţiilor de diferite tipuri.

Semnele bazale care alcătuiesc sindromul huberian ar pleda pentru o origine somatică cel puţin a unor forme de schizofrenie.

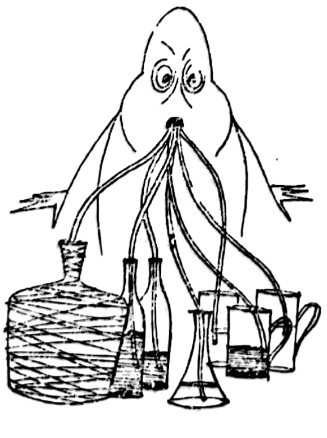
Faptul că întreaga simptomatologie este manifestată în sfera subiectivă a subiectului oferă şansa unei bune integrări socioprofesionale a acestor bolnavi, „defectul pur" fiind din punct de vedere al integrării postprocesualului un defect minimal, o variantă favorabilă.

HUBER-GROSS(s) *sindrom* — avanpostul psihozei — Vol. II ; H. 400 ; p. 391.

HUTCHINSON-GILFORD(s) *sindrom* — sin. NANISM SENIL ; SENILITATE INFANTILĂ — Vol. II ; H. 406 ; p. 392.

IEPURE(s) *sindrom* — manifestare a tulburărilor extrapiramidale induse de NL — Vol. II ; I. 60 ; p. 411.

533. **IMPREGNARE ALCOOLICĂ(s) sindrom** ● Sindrom ce constă dintr-un ansamblu de manifestări psihice, neurologice şi somatice, rezultate în urma „îmbibării" cu alcool. Elementele definitorii ale acestui sindrom sînt: modificarea caracterului şi comportamentului, cu abateri de la normele eticomorale şi idei de gelozie, amnezie lacunară, tremor al extremităţilor, polinevrită toxică. Pacientul prezintă un facies congestionat, tumefiat, conjunctivite injectate, subicterice, halenă specifică, vorbire precipitată (uneori dizartrică), tendinţă la hipersudoraţie.



Tulburările psihice (în ordinea cronologică a apariţiei) constau în următoarele simptome, ce se accentuează pe măsura continuării consumului de alcool :

- modificarea caracterului, predominant la nivel etic, subiectul pierzîndu-şi demnitatea faţă de familie şi anturaj, devenind egocentric, preocuparea de elecţie fiind consumul de alcool ;
- hipoprosexie şi hipomnezie — după JELLINEK, apariţia amneziei lacunare faţă de perioadele de beţie acută reprezintă semnul de debut al alcoolismului ;
- iritabilitatea şi impulsivitatea cresc, deşi prezintă în acelaşi timp un sentimentalism caracteristic ; gelozia este de asemenea o trăsătură caracteristică, legată de scăderea potenţei sexuale. Apare o stare de anxietate, exacerbată matinal ; somnul este neodihnitor, însoţit de coşmaruri terifiante, cu conţinut zoopsic sau profesional ;
- hiperestezie senzorială.

Tulburările somatice vizează îndeosebi aparatul digestiv şi cardiovascular. Bolnavul poate prezenta simptome de gastrită, de ulcer gastric şi duodenal, tranzit accelerat, insuficienţă hepatică, de la hepatita cronică pînă la ciroză hiper- sau atrofică. Pot apărea semne de insuficienţă cardiacă progresivă, hipertensiune arterială, tahicardie.

Tulburările neurologice constau mai cu seamă în :

- tremor fin, rapid, egal al mîinilor, buzelor şi limbii ;
- tabloul polinevritei etilice : crampe musculare, secuse musculare nocturne, furnicături ale extremităţilor, dureri la presiunea asupra maselor musculare, abolirea reflexului achilian cu reflex rotulian păstrat (în stadii avansate dispare şi acesta), atrofie musculară, nevrită optică.

534. **IMPREGNARE NEUROLEPTICĂ(s) sindrom** ● Sindrom care apare în cursul fazei de instituire a tratamentului neuroleptic şi care cuprinde :

- sindromul neurovegetativ neuroleptic ;
- sindromul akinetic;
- sindromul parkinsonian ;
- diskinezii tardive.

A fost descris de P. BRUSSOLLE, în 1963 → IMPREGNARE.

INGVAR-NYMAN(s) *sindrom* — epilepsie reflexă (1962) — Vol. II ; I. 203 ; p. 468.

INIMA SOLDATULUI(s) *sindrom* — sin. ACTIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH) ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRI-

TABIL ; HIPERVENTILAȚIE$^{(S)}$; NEURASTENIFORM-VASCULAR$^{(S)}$; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; STILLE-HARTSHORNE$^{(S)}$; TULBURARE A REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DA COSTA$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; D. 6 ; p. 678.

INOCEV$^{(S)}$ *sindrom* — „acatizie imobilă" (1981) — Vol. II ; I. 214 ; p. 472.

INSUFICIENȚĂ CIRCULATORIE CEREBRALĂ$^{(S)}$ *sindrom* — Vol. II ; I. 251 ; p. 483.

INSUFICIENȚĂ CIRCULATORIE VERTEBRO-BAZILARĂ$^{(S)}$ *sindrom* — Vol. II ; I. 252 ; p. 483.

INTERPARIETAL$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice — Vol. II ; I. 303 ; p. 503.

INTERPAROXISTIC$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice interaccesuale — Vol. II ; I. 304 ; p. 503.

INVOLUȚIE SOCIALĂ CRONICĂ$^{(S)}$ *sindrom* — „sau din ce în ce mai jos" — Vol. II ; I. 343 ; p. 526.

IO$^{(S)}$ *sindrom* — tasikinezie perpetuă (1979) — Vol. II ; I. 344 ; p. 526.

JACKSON$^{(S)}$ *sindrom* — postlezional bulb posterior — Vol. II ; J. 4 ; p. 974.

JACOB$^{(S)}$ *sindrom* — sin. SINDROMUL DE RIGIDITATE MUSCULARĂ SENILĂ – Vol. II ; J. 8 ; p. 975.

JISLIN$^{(S)}$ *sindrom* — „astenia neuroleptică" (1960) — Vol. II ; J. 40 ; p. 981.

JOLLIFFE$^{(S)}$ *sindrom* — encefalopatie carențială (vitamina PP) — Vol. II ; J. 48 ; p. 983 .

K.Z.$^{(S)}$ *sindrom* — astenie, depresie, senilitate precoce — Vol. II ; K. 1 ; p. 988.

KALISCHER$^{(S)}$ *sindrom* — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ ; MILLES$^{(S)}$; STURGE-WEBER-DIMITRI$^{(S)}$ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE$^{(B)}$ boală — Vol. IV ; S. 1 018 ; p. 441.

KANDINSKI$^{(S)}$ *sindrom* — „umbre și dezvăluiri interioare" — Vol. II ; K. 18 ; p. 990.

KANDINSKI-CLÉRAMBAULT$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AUTOMATISM MINTAL$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; A. 1 294 ; p. 345.

KANNER$^{(S)}$ *sindrom* — sin. AUTISM PRIMAR ; PSIHOPATIE AUTISTICĂ ASPERGER — Vol. II ; K. 21 ; p. 990.

KENNEDY$^{(S)}$ *sindrom* — util în diagnosticul sindromului de lob frontal — Vol. II ; K. 41 ; p. 994.

KISSEL$^{(S)}$ *sindrom* — crize epileptiforme la cardiaci — Vol. II ; K. 76 ; p. 1 000.

KLEINE-LEWIN-CRITCHLEY$^{(S)}$ *sindrom* — sin. HIPERSOMNIE CU MEGAFAGIE PERIODICĂ — Vol. II ; K. 83 ; p. 1 000.

KLEIST$^{(S)}$ *sindrom* — sin. APATICO-AKINETICO-ABULIC$^{(S)}$ sindrom — Vol. II ; K. 87 ; p. 1 001.

KLINEFELTER-ALBRIGHT$^{(S)}$ *sindrom* — sin. KLINEFELTER — REIFENSTEIN$^{(S)}$; DISGENEZIE TESTICULARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KLINEFELTER$^{(B)}$ boală — Vol. II ; K. 90 ; p. 1 001.

KLIPPEL$^{(S)}$ *sindrom* — elemente somatice în alcoolismul cronic — Vol. II ; K. 96 ; p. 1 001.

KLUVER-BUCY$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice în lobectomii bilaterale — Vol. II ; K. 96 ; p. 1 002.

KNAPP$^{(S)}$ *sindrom* — sin. PSEUDOATAXIE KNAPP — în tumori de lob temporal — Vol. II ; K. 97 ; p. 1 002.

KORSAKOV$^{(S)}$ *sindrom* — amnezie, fabulație, dezorientare (1887) — Vol. II ; K. 114 ; p. 1 005.

KRABBE$^{(S)}$ *sindrom* — sin. ANGIOMATOZĂ ENCEFALO-TRIGEMINALĂ ; KALISCHER$^{(S)}$; WEBER-DIMITRI$^{(S)}$ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE$^{(B)}$ boală — Vol. IV ; S. 1 018 ; p. 441.

KRAEPELIN$^{(S)}$ *sindrom* — în traumatisme craniocerebrale majore — Vol. II ; K. 125 ; p. 1 007.

KRAPF-CURTIS$^{(S)}$ *sindrom* — în leziunile lobului parietal — Vol. II ; K. 128 ; p. 1 007.

KROSOWSKA$^{(S)}$ *sindrom* — sin. PSIHODEGRADARE ALCOOLICĂ$^{(S)}$ sindrom — Vol. II ; K. 134 ; p. 1 008.

KUBIK-ADAMS$^{(S)}$ *sindrom* — sin. SINDROMUL ARTEREI BAZILARE — Vol. II ; K. 135 ; p. 1 008.

KULLENKAMPF-TARNOV$^{(S)}$ *sindrom* — variantă a sindromului extrapiramidal — Vol. II ; K. 138 ; p. 1 008.

KUTANIN$^{(S)}$ sindrom — variantă a grafomaniei (1964) — Vol. II ; K. 142 ; p. 1 009.

KWOCK$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ RESTAURANT CHINEZESC$^{(S)}$ sindrom — Vol. III ; R. 266 ; p. 888.

LABBÉ$^{(S)}$ sindrom — sin. PARABASEDOWIAN$^{(S)}$ sindrom — Vol. II ; L. 2 ; p. 1 010.

LACUNAR$^{(S)}$ sindrom — sin. STARE LACUNARĂ ; SINUSOIDALĂ — stare $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MARIE PIERRE$^{(S)}$ sindrom — Vol. III ; M. 108 ; p. 37.

LANDOLT$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; L. 35 ; p. 1 018.

LANDRY-GUILLAIN-BARRÉ-STROHL$^{(S)}$ sindrom — sin. NEVRITĂ MULTIPLĂ ; POLINEUROPATIE ACUTĂ ; POLINEVRITĂ IDIOPATICĂ ACUTĂ — Vol. II ; L. 36 ; p. 1 018.

LANGDON-DOWN$^{(S)}$ sindrom — sin. ACTOMIMIE ; DOWN$^{(B)}$ boală ; SÉGUIN$^{(B)}$ boală ; TRISOMIE 21$^{(S)}$ sindrom — Vol. II ; L. 38 ; p. 1 018.

LANGERON$^{(S)}$ sindrom — sin. BABINSKI-FRÖHLICH$^{(S)}$; HIPOFIZO-TALAMIC$^{(S)}$; LAUNOIS-CLERET$^{(S)}$ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ADIPOZO-GENITAL$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; A. 269 ; p. 78.

LASTHÉNIE DE FERJOL$^{(S)}$ sindrom (BERNARD, 1967) — Vol. II ; L. 59 ; p. 1 021.

LAUNOIS-CLERET$^{(S)}$ sindrom — vezi LANGERON$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; A. 269 ; p. 78.

LAURENCE-MOON-BARDET-BIEDL$^{(S)}$ sindrom sin. DEGENERESCENŢĂ DIENCEFALO-RETINIANĂ — Vol. II ; L. 70 ; p. 1 022.

LAWFORD$^{(S)}$ sindrom — sin. ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; KRABBE$^{(S)}$; PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI$^{(S)}$ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE$^{(B)}$ boală — Vol. IV ; S. 1 018 ; p. 441.

LAWRENCE-BERLIN$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; L. 76 ; p. 1 023.

535. **LAZĂR$^{(S)}$ sindrom** (După numele personajului biblic, Lazăr din Betania, care a fost reînviat de Isus a patra zi după moarte) ● Ultima dintre cele trei faze psihologice prin care trece bolnavul căruia i s-a efectuat o grefă de organ, primele fiind acceptarea şi acorporaţia (COMBREZ şi LE FEVRE, 1973). Această fază este caracterizată prin euforie, un sentiment al victoriei, bolnavul avînd senzaţia că „începe o viaţă nouă", eliberată de servituţile suferinţei vechi, mai ales în cazul unei afecţiuni care îl imobilizează la pat (insuficienţă cardiacă gravă, insuficienţă renală etc.). Această stare este accentuată uneori de atitudinea anturajului, a mass mediei, dar şi a colectivului medical, care îl priveşte pe subiect ca pe un caz excepţional (multe grefe sînt făcute în premieră), ca pe un campion al supravieţuirii, un miracol al ştiinţei contemporane, un caz princeps etc.

Uneori, considerîndu-se „complet vindecat". bolnavul începe să refuze tratamentele absolut obligatorii, să aibă un grad de detaşare faţă de sistemul medical, să se aventureze în activităţi în care să demonstreze „normalizarea" situaţiei sale somatice, acţiuni care pot antrena o evoluţie gravă sau chiar fatală.

LAZORTHES$^{(S)}$ sindrom — sin. CRIZA CELEI DE A TREIA ZI — Vol. II ; L. 77 ; p. 1 023.

LEJEUNE$^{(S)}$ sindrom — sin. „CAT CRY" ; „CRI DU CHAT" ; SINDROM AL MIEUNATULUI DE PISICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STRIGĂT DE PISICĂ$^{(S)}$ sindrom — Vol. IV ; S. 1 002 ; p. 438.

LEMIERRE-BOLTANSKI-JUSTIN-BESANÇON$^{(S)}$ sindrom (1937) — Vol. II ; L. 104 ; p. 1 028.

LENNOX$^{(S)}$ sindrom — variantă de petit mal — Vol. II ; L. 115 ; p. 1 029.

LERICHE$^{(S)}$ sindrom — sin. ALGIE DIFUZANTĂ POSTTRAUMATICĂ BARRÉ$^{(S)}$; EXTENSOPROGRESIV$^{(S)}$; NEVRITĂ ASCENDENTĂ FICARD ; NEVRITĂ IRADIANTĂ GUILLAIN — Vol. II ; L. 138 ; p. 1 032.

LHERMITTE$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HALUCINOZĂ PEDUNCULARĂ — Vol. II ; H. 41 ; p. 306.

LHERMITTE-Mc. ALPINE$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; L. 190 ; p. 1 037.

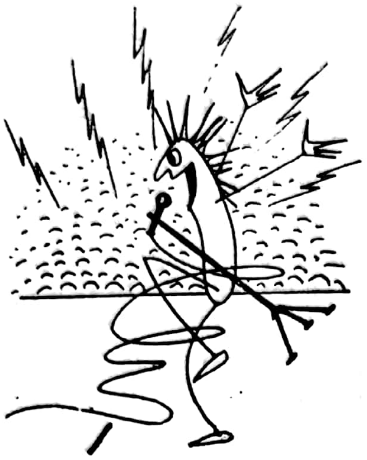
LIHTENSTEIN$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MITRALĂ EPILEPSIE — Vol. III ; M. 555 ; p. 132.

LOB FRONTAL$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; L. 293 ; p. 1 063.

LOB TEMPORO-PARIETAL STÎNG$^{(S)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; L. 294 ; p. 1 063.

536. **LOGOREE-HIPERKINEZIE$^{(S)}$ sindrom** ● Simptomatologie observată la bolnavii cu afecţiuni neurochirurgicale (ARSENI şi DĂ-

NĂILĂ, 1977), care manifestă un sindrom invers mutismului akinetic. Se caracterizează prin hipermnezie, hiperprosexie, logoree, creșterea simțului critic, exagerarea reflexului de orientare, hiposomnie (2—3 ore pe zi), scăderea capacității de raționament. Cauza sindromului „logoree-hiperkinezie" este considerată de specialiști ca fiind lezarea, comprimarea sau siderarea funcțională a sistemului reticulat inhibitor ascendent (SRIA) care participă ca mecanism reglator al întregului nevrax.



LOUIS-BAR$^{(8)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; L. 341 ; p. 1 075.

LOWE$^{(8)}$ sindrom — sin. BICKEL-LOWE$^{(8)}$ sindrom ; OCULO-CEREBRAL$^{(8)}$ sindrom ; OCULO-CEREBRO-RENAL FANCONI$^{(8)}$ sindrom ; TERRY-Mc. LAHLAN-LOWE$^{(8)}$ sindrom — Vol. II ; L. 342 ; p. 1 075.

LOWE-TERRY$^{(8)}$ sindrom — vezi LOWE$^{(8)}$ sindrom — Vol. II ; L. 342 ; p. 1 075.

LÖWENFELD-HENNEBERG$^{(8)}$ sindrom — sin. CATALEPSIE DE TREZIRE → CATALEPSIE — Vol. I ; C. 137 ; p. 503.

LUCIANI$^{(8)}$ sindrom — astenie, atonie, astazie — Vol. II ; L. 356 ; p. 1 077.

LÜNDBERG$^{(8)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. II ; L. 376 ; p. 1 085.

LYONNAIS$^{(8)}$ sindrom — formă a encefalitei virale — Vol. II ; L. 391 ; p. 1088.

MADDOCK$^{(8)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; M. 18 ; p. 9.

MAINE de BRIAN$^{(8)}$ sindrom — stare psihotică indusă la personalul medical — Vol. III ; M. 38 ; p. 16.

MALI-MALI$^{(8)}$ sindrom — manifestare isterică cu expresie motorie — Vol. III ; M. 54 ; p. 18.

MALLER$^{(8)}$ sindrom — „sindrom amotival", 1978 (schizofrenie) — Vol. III ; M. 57 ; p. 19.

MANAGER$^{(8)}$ sindrom — manifestări psihice și somatice — Vol. III ; M. 63 ; p. 20.

MANIE$^{(8)}$ sindrom — HIPOCRATE, SORANUS, PINEL, ESQUIROL, FALRET, KRAEPELIN — Vol. III ; M. 71 ; p. 23.

MANIE CHIRURGICALĂ CHERTOK$^{(8)}$ sindrom — spitalofilie chirurgicală (1972) — Vol. III ; M. 72 ; p. 24.

MARANON$^{(8)}$ sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; M. 87 ; p. 35.

MARBURG$^{(8)}$ sindrom — manifestări psihice în scleroza diseminată (1938) — Vol. III ; M. 92 ; p. 35.

MARFAN-ACHARD$^{(8)}$ sindrom — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER$^{(B)}$ boală ; DISMEZECTOPIE LAVAL ; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX ; MARFAN-ERB$^{(8)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DOLICOSTENOMELIE — Vol. I ; D. 516 ; p. 813.

MARIE PIERRE$^{(8)}$ sindrom — sin. LACUNAR$^{(8)}$; STARE SINUSOIDALĂ — Vol. III ; M. 108 ; p. 37.

MARTLAND$^{(8)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ENCEFALOPATIE TRAUMATICĂ A BOXERILOR — Vol. II ; E. 223 ; p. 59.

MAYER-GROSS$^{(8)}$ sindrom — manifestări psihice în epilepsia temporală (1928) — Vol. III ; M. 171 ; p. 53.

MAZURKIEVICI$^{(8)}$ sindrom — sau „sindromul amintirilor inutile" — Vol. III ; M. 176 ; p. 54.

Mc. LAHLAN$^{(8)}$ sindrom — sin. BICKEL-LOWE$^{(8)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LOWE — Vol. II ; L. 342 ; p. 1 075.

537. **MEDEEA$^{(8)}$ sindrom** (Medeea, personaj mitologic, fiica lui Hetes, regele Colchidei, nepoată a lui Hetros și soră cu Circe, considerată cea mai mare vrăjitoare din mitologia greacă. Înșelată de Iason, își va sugruma copiii pe care îi avea cu acesta.) ● Impulsiunile pruncucidare care apar la mamele schizofrenice ca patologie post-partum. Nou-născutul

este pentru acestea fie un copil nedorit, pe care îl urăsc, fie simbolizează un alt membru al familiei. Comportamentul matern poate fi diferit față de copiii aceleiași bolnave, pentru care aceasta poate avea o atitudine normală.

MEGAFAGIE PERIODICĂ CU HIPERSOMNIE(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KLEINE-LEVIN-CRITCHLEY — Vol. II; K. 83; p. 1 000.

MEGALOBLASTOZĂ LINIARĂ(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BLOCH-SULZBERGER(S) sindrom — Vol. I; B. 318; p. 433.

MELEHOV(S) *sindrom* — variantă a defectului schizofrenic (1963) — Vol. III; M. 249; p. 70.

MEMBRU FANTOMĂ(S) *sindrom* — sin. ILUZIE A AMPUTAȚILOR — Vol. III; M. 264; p. 73.

MÉNIÈRE(S) *sindrom* — sin. CLAUDICAȚIE INTERMITENTĂ LABIRINTICĂ — Vol. III; M. 272; p. 76.

538. **MENINGITIC**(S) **sindrom** ● Se manifestă prin inflamarea meningelui, de diferite etiologii: infecțioasă (microbiană și virală) sau neinfecțioasă (alergică). Clinic, se constată:

- ● tulburări senzitivo-senzoriale: cefalee și rahialgii spontane, fotofobie, hiperestezie senzorială;
- ● contractură musculară, manifestată prin: atitudine „în cocoș de pușcă" sau în opistotonus, redoarea cefei, semnul Kernig (la subiectul în decubit dorsal, după flexia gambei pe coapsă și a coapsei pe abdomen, extensia pasivă a gambei este dureroasă), semnul Brudzinski (la subiectul în decubit dorsal, anteflexia pasivă a capului produce flexia gambei pe coapsă și a coapsei pe abdomen);
- ● vărsături, dermatografism.

MENINGOCOCIC(S) *sindrom* — manifestări psihice în meningite acute — Vol. III; M. 277; p. 80.

MICHAELIS(S) *sindrom* — manifestări psihice în patologia mezencefalică — Vol. III; M. 430; p. 108.

MIDAS(S) *sindrom* — libertinaj feminin (BRUYN, DEJONG, 1959) — Vol. III; M. 449; p. 111.

MIELOPATIE SENILĂ(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. III; M. 455; p. 112.

MIETEN(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. III; M. 456; p. 112.

MILLES(S) *sindrom* — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL; LAWFORD(S) sindrom; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ sin.
→ STURGE-WEBER-KRABBE(S) sindrom — Vol. IV; S. 1 018; p. 441.

MILLIKAN-SIEKERT(S) *sindrom* — manifestări psihice (1955) — Vol. III; M. 475; p. 115.

MINKOWSKI E.(S) *sindrom* — sin. ANESTEZIE EMOȚIONALĂ — Vol. III; M. 492; p. 119.

MINKOWSKI M.(S) *sindrom* — în accidente vasculare cerebrale — Vol. III; M. 493; p. 119.

539. **MIORITMIC**(S) **sindrom** ● Asociere între contracții pendulare ritmice ale mușchilor velopalatolaringieni și oculari, cu mișcări ale hemidiafragmei și cu mișcări involuntare și sincrone ale membrelor. Se întîlnește în leziuni ale complexului olivar (H. PIÈRON), putînd da prețioase indicații etiologice în unele tulburări de vorbire.

MIOSPASTIC(S) *sindrom* — sin. OM ÎNȚEPENIT(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STIFFMAN SYNDROME — Vol. IV; S. 953; p. 428.

MOENCKEBERG(S) *sindrom* — manifestări psihice în arterioscleroză (1903) — Vol. III; M. 597; p. 146.

MONNEROS-DUMAINE(S) *sindrom* — „acord și aprobativitate exemplare" — Vol. III; M. 612; p. 147.

MONOPLEGIE(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. III; M. 626; p. 149.

MOORE(S) *sindrom* — echivalență epileptică (aură) — Vol. III; M. 635; p. 150.

MORGAGNI-STEWART-MOREL(S) *sindrom* — sin. ACHARD-THIERS(S); CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ; MORGAGNI(B) boală; STEWART-GREIG-MOREL(S); STEWART-MOREL(B) — Vol. III; M. 662; p. 160.

MOROZOV(S) *sindrom* — „demență apatică" (1967) — Vol. III; M. 671; p. 161.

MORSIER-BONNET(S) *sindrom* — halucinații la vîrstnici (1936) — Vol. III; M. 674; p. 161.

MORSIER (I)(S) *sindrom* — sin. SENZITIVO-SENZORIAL(S) sindrom (1944) — Vol. III; M. 674; p. 161.

MORSIER (II)(S) *sindrom* — sin. DISPLAZIE OLFACTO-GENITALĂ (1955) — Vol. III; M. 674; p. 161.

MORVAN(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. III; M. 675; p. 162.

MÖBIUS(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. III; M. 689; p. 168.

MUTISM AKINETIC(S) *sindrom* — asociere mutism/akinezie — Vol. III; M. 715; p. 174.

MÜNCHAUSEN(S) *sindrom* — ASHER, 1958 — Vol. III; M. 725; p. 176.

540. **MÜNCHAUSEN PRIN PROCURĂ(S) sindrom** ● Variantă infantilă a sindromului Münchausen, în care mama aduce copilul la camerele de gardă ale spitalelor de pediatrie pentru afecţiuni pe care, de fapt, ea le provoacă sau le simulează prin mijloace fizice, chimice sau medicamentoase. Unii autori sînt de părere că apariţia unei astfel de patologii trădează întotdeauna un episod psihotic la mamă. Alţi autori consideră că, în cele mai multe cazuri, se poate vorbi de o „folie à deux“ în care mama este întotdeauna inductorul.

MYLE-VAN BOGAERT(S) *sindrom* — manifestări psihice (1949) — Vol. III; M. 729; p. 178.

NAFFZIGER(S) *sindrom* — sin. ADSON-COFFEY(S) sindrom; SCALEN(S) sindrom — Vol. III; N. 4; p. 180.

541. **NEOCEREBELOS(S) sindrom** ● Sindrom provocat prin leziuni ale emisferelor şi nucleului dinţat, caracterizate prin: afectarea mişcărilor fine şi specializate, hipotonie musculară, pendularea reflexelor miotatice, dissinergia mişcărilor, tulburări de mers, nistagmus de lateralitate, tulburări de vorbire (monotonie, silabe pronunţate exploziv, lentoare, neclaritate). Dismetria, disdiadocokinezia, fenomenul de rebound, discontinuitatea mişcărilor, fatigabilitatea indusă de acestea şi tremorul intenţional şi de repaos sînt semnele asinergiei cerebeloase. Sindromul apare rareori izolat, mai frecvent fiind asociat cu sindromul arhi- şi paleocerebelos. Circumstanţele de apariţie ale acestui sindrom sînt tulburări de natură vasculară sau tumorală, boli metabolice, intoxicaţii (alcoolism cronic), parazitoze, traumatisme, boli inflamatorii → CEREBELOS(S) sindrom.

NEURASTENIFORM VASCULAR(S) *sindrom* — astenie, cefalee, insomnie, labilitate — Vol. III; N. 154; p. 205.

NEUROANEMIC(S) *sindrom* — sin. LICHTHEIM(B) boală — Vol. III; N. 159; p. 206.

NEURON MOTOR CENTRAL(S) *sindrom* — Vol. III; N. 186; p. 234.

NEURON MOTOR PERIFERIC(S) *sindrom* — Vol. III; N. 187; p. 234.

542. **NEUROLEPTIC MALIGN(S) sindrom** ● Complicaţie rară, dar redutabilă, a tratamentului cu neuroleptice, avînd o evoluţie frecvent mortală. A fost descris de DELAY, DENIKER şi LEMPÉRIÈRE în 1960. Pare să fie un răspuns idiosincrazic la administrarea de doze mari la începutul tratamentului antipsihotic. Simptomatologia este dominată de hipertermie (febră peste 39°C), hebetudine, akinezie sau hipertonie generalizată, paloare, hipersudoraţie, variaţii ale pulsului (care este foarte accelerat), prăbuşiri tensionale, dispnee. Examenul radioscopic evidenţiază opacităţi pulmonare mai mult sau mai puţin întinse, rezultate din atelectazia pulmonară. Evoluţia, în absenţa intervenţiilor corectoare, este mortală în cîteva zile. Tratamentul cel mai adecvat este cel preventiv. Febra survenită la un subiect tratat cu fenotiazine sau cu butirofenone, dacă durează mai mult de 24 de ore fără altă etiologie certă, trebuie să ducă la întreruperea tratamentului neuroleptic. Apariţia febrei cu hebetudine este suficientă pentru a se proceda la întreruperea tratamentului. Rehidratarea şi reechilibrarea hidroelectrolitică sînt măsuri absolut necesare. Administrarea de antiparkinsoniene, ca şi a unor doze mici de clorpromazină (25—50 mg) şi a antipireticelor previne apariţia sindromului malign. Darterolenul, derivat hidantoinic (like fenitoină) cu acţiune miorelaxantă este eficace în hipertermia malignă. Acţiunea acestui medicament este intracelulară şi constă în interferarea cu activatorul de calciu din reticulul sarcoplasmic. Prin reducerea eliberării de calciu scade producţia de acid lactic şi contracţia musculară, cu efect implicit asupra febrei. De asemenea, bromocriptina, un antagonist al dopaminei, a dat bune rezultate, sugerînd hiperactivitatea sistemului dopaminergic ca mecanism al producerii febrei (Leo HOLLISTER, 1987). Au mai fost încercate perfuziile cu adenozintrifosfat, vitamine din grupul B şi corticoizi în doze mici. P. MARCHAIS a remarcat recent (1986) posibilitatea apariţiei sindromului malign şi în tratamentele cu antidepresive triciclice în doze mari.

NEVIN(S) sindrom — sindrom psihoorganic cronic — Vol. III ; N. 208 ; p. 243.

NEVRALGIE PAROXISTICĂ(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VAIL(S) sindrom — Vol. IV ; V. 13 ; p. 706.

NICTALGIE PARESTEZICĂ A MEMBRELOR SUPERIOARE(S) sindrom — Vol. III ; N. 276 ; p. 259.

NOONAN(S) sindrom — sin. NOONAN-SUMMITT(S) sindrom ; PSEUDO-TURNER(S) sindrom ; TURNER masculin(S) sindrom — determinare poligenetică (NOONAN, EHMKE) — Vol. III ; N 350 ; p. 270.

NORRIE-WARBURG(S) sindrom — pseudogliom, surditate, oligofrenie — Vol. III ; N. 383 ; p. 278.

NOTHNAGEL(S) sindrom — Vol. III ; N. 401 ; p. 281.

OBLOMOV(S) sindrom — lene, apatie, lipsă de voinţă (MASCIONI, 1957) — Vol. III ; O. 35 ; p. 298.

OCCIPITAL(S) sindrom — manifestări clinice — Vol. III ; O. 52 ; p. 306.

OCULO-BUCO-GENITAL(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHÇET(S) sindrom — Vol. I ; B. 115 ; p. 389.

OCULO-CEREBRO-RENAL FANCONI(S) sindrom — sin. BICKEL-LOWE(S) ; TERRY-Mc. LAHLAN-LOWE(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LOWE(S) sindrom — Vol. II ; L. 342 ; p. 1 075.

OCULOSTATIC(S) sindrom — manifestare clinică (GUREVICI, 1938) — Vol. III ; O. 60 ; p. 307.

OM ÎNŢEPENIT(S) sindrom — sin. MIOSPASTIC(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STIFFMAN(S) sindrom — Vol. IV ; S. 953 ; p. 428.

OPALSKI(S) sindrom — manifestare clinică (1949) — Vol. III ; O. 147 ; p. 327.

OPOZIŢIONISM PASIV(S) sindrom — manifestare clinică (DAUMÉZON, 1961) — Vol. III ; O. 166 ; p. 332.

OPPENHEIM(S) sindrom — variantă a crizei epileptice (1921) — Vol. III ; O. 170 ; p. 332.

ORGANIC CEREBRAL MINTAL(S) sindrom (GESEL, AMATRUDA, 1949) — sin. ACTING OUT — copil ; COREE MINTALĂ (DEMOOR, 1901) ; HIPERACTIV COPIL ; HIPERKINETIC(S) sindrom (EISENBERG, 1957) ; HIPERKINETIC-IMPULSIV(S) ; INSTABIL COPIL (ABRAMSON, 1940) ; TURBULENT COPIL (WALLON, 1925) ; TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DISFUNCŢIE CEREBRALĂ MINIMĂ — Vol. I ; D. 428 ; p. 795.

ORSON WELLS(S) sindrom — manifestări psihice (intoxicaţie cu ulei, Spania, 1981) — Vol. III ; O. 226 ; p. 344.

OTHELLO(S) sindrom — delir de gelozie (TODD, WHURST, 1955) — Vol. III ; O. 245 ; p. 347.

PAIAŢĂ(S) sindrom — „tristul destin al clownului" (SZONDI) — Vol. III ; P. 24, p. 354.

543. **PALEOCEREBELOS(S) sindrom** ● Sindrom provocat prin leziuni ale lobului anterior, ale vermisului şi paravermisului, caracterizat prin ataxia membrelor inferioare şi a trunchiului, rareori dizartrie şi nistagmus. Este mai frecvent la alcoolicii cronici şi la persoanele cu sindrom de malnutriţie.

PANSTRIAT(S) sindrom — sin. DEGENERESCENŢĂ HEPATO-LENTICULARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WILSON(B) boală — Vol. IV ; W. 65 ; p. 761.

PAPILLON-LEAGE(S) sindrom — malformaţii osoase şi deficit mintal — Vol. III ; P. 97 ; p. 362.

PARABASEDOWIAN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LABBÉ(S) sindrom — Vol. II ; L. 2 ; p. 1 010.

PARIETAL(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; P. 217 ; p. 390.

PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI(S) sindrom — sin. ANGIOMATOZĂ ENCEFALO-TRIGEMINALĂ ; MILLES(S) ; STURGE(S) ; WEBER(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE(B) boală — Vol. IV ; S. 1 018 ; p. 441.

PARKINSONISM(S) sindrom — tremurături, rigiditate, hipokinezie — Vol. III ; P. 224 ; p. 393.

PARKINSONISM ARTERIOSCLEROTIC(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; P. 225 ; p. 393.

PARKINSONISM POSTENCEFALITIC(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; P. 226 ; p. 394.

PARKINSONISM POSTTRAUMATIC(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; P. 227 ; p. 394.

PARKINSONISM TOXIC(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; P. 228 ; p. 394.

PARKINSONISM TUMORAL(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; P. 229 ; p. 394.

PATAU(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III. P. 269 ; p. 399.

PATOMIMIE AUTOMUTILANTĂ(S) sindrom sin. → COSYNS-DURET(S) sindrom — Vol. I ; C. 697 ; p. 641.

PEDUNCULAR(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III ; P. 326 ; p. 408.

PELLIZI(S) sindrom — precocitate sexuală, tulburări de comportament (1910) — Vol. III ; P. 334 ; p. 409.

P.E.M.A.(S) sindrom — palilalie, ecolalie, mutism, amimie — Vol. III ; P. 340 ; p. 410.

PERIFERIC(S) sindrom — elemente de diagnostic diferențial — Vol. III ; P. 381 ; p. 418.

PETER PAN(S) sindrom — iresponsabilitate, angoasă, imaturitate, narcisism (KILEY, 1983) — Vol. III ; P. 442 ; p. 559.

PIATNITSCHI(S) sindrom — modificare a reactivității la toxicomani — Vol. III ; P. 488 ; p. 563.

PICK-ALZHEIMER(S) sindrom — semne clinice fără corespondent anatomopatologic — Vol. III ; P. 494 ; p. 564.

PICK(S) sindrom — halucinații vizuale dinamice, metamorfopsii — Vol. III ; P. 498 ; p. 565.

PICKWICK(S) sindrom — descriere KERR și LAGEN, 1936 (numit astfel de BURWELL, 1959) — Vol. III ; P. 500 ; p. 565.

PICIOARE NELINIȘTITE(S) sindrom — sin. ANXIETAS TIBIARUM ; MERASTENIE AGITATĂ ; WITTMAACK-EKBOM(B) boală sin. → EKBOM(S) sindrom — Vol. II ; E. 115 ; p. 28.

544. **PICIOARE PARESTEZICE(S) sindrom** ● Constă în parestezii la nivelul membrelor inferioare, determinate de carența vitaminelor din grupul *B* ; este întîlnit în alcoolism. Termenul a fost propus de LĂZĂRESCU SAVA și colaboratorii, în 1974.

PICNOLEPSIE(S) sindrom — posibilă formă de petit mal — Vol. III ; P. 503 ; p. 566.

PIERRET-ROUGIER(S) sindrom — delir paranoid, manie, halucinoze — Vol. III ; P. 508 ; p. 567.

PIOTROWSKI(S) sindrom — în afecțiuni cerebrale organice — Vol. III ; P. 525 ; p. 569.

PIRAMIDO-STRIAT(S) sindrom — semne piramidale, hipomanie, amnezie, deteriorare psihică progresivă — Vol. III ; P. 538 ; p. 571.

545. **PLICĂ CURBĂ(S) sindrom** ● Descris de PIERRE MARIE și FOIX, se caracterizează clinic prin : alexie, acalculie, afazie de tip Wernicke, apraxie ideatorie și hemianopsie homonimă. Este urmarea unui ramolisment în teritoriul arterei plicei curbe (ram din artera silviană), de partea emisferului dominant.

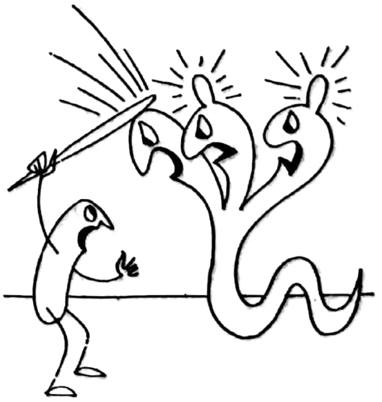
POLIOPERAȚII(S) sindrom — sin. TOXICOMANIE CHIRURGICALĂ MENNINGER sin. → MANIE CHIRURGICALĂ CHERTOK — Vol. III ; M. 72 ; p. 24.

POLISCIUK(S) sindrom — „astenie vitală" în schizofrenie — Vol. III ; P. 629 ; p. 583.

POLLE(S) sindrom — varianta infantilă a sindromului *Münchausen* — Vol. III ; P. 636 ; p. 584.

POLIZIEN(S) sindrom — hipotermie paroxistică în nevroze — Vol. III ; P. 640 ; p. 584.

546. **POSTCOMOȚIONAL(S) sindrom** ● Entitate sindromologică discutabilă, ale cărei semne ar fi : cefalee, amețeli, iritabilitate, anxietate și dificultăți de concentrare și me-



morie. După N. C. ANDREASEN (1985), sindromul postcomoţional diferă de tulburările de stres posttraumatic prin intensitatea stresorului şi prin tabloul psihopatologic. Acelaşi autor arată că diagnosticul de sindrom postcomoţional este pus mai frecvent de neurologi şi neurochirurgi decît de psihiatri. Nevroza de compensaţie este mult mai frecventă în acest sindrom decît în alte circumstanţe posttraumatice.

POSTCONFUZIONAL(S) sindrom → CEREBRASTENIE POSTTRAUMATICĂ — Vol. III; P. 676; p. 590.

POSTRUBEOLIC(S) sindrom — sin. EMBRIOPATIE RUBEOLICĂ; EMBRIOPATIE VIROTICĂ(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GREES(S) sindrom — Vol. II; G. 215; p. 283.

PÖTZL(S) ***sindrom*** — anorexie, cromoagnozie, îngustarea cîmpului vizual — Vol. III; P. 707; p. 596.

PRADER-LABHARDT-WILLI(S) sindrom — sin. HHHO(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ZELLWEGEN(S) sindrom — Vol. IV; Z. 17; p. 772.

PRECOMPETIŢIONAL(S) sindrom — avanpremiera performanţei — Vol. III; P. 752; p. 604.

547. **PREFRONTAL(S) sindrom** ● Descris de DELMAS-MARSALET este determinat de leziuni ale ariilor corticale 9, 10, 11, 12, 31, 32, 33, 34. În tabloul clinic se întîlnesc:

- crize adversive oculo-cefalogire, constînd în devierea conjugată a globilor oculari şi a capului, de partea opusă leziunii corticale;
- pseudoataxie frontală, care cuprinde: ataxie, lateropulsie, adiadocokinezie, dismetrie, dezorientare spaţială, apraxie;
- tulburările psihice sînt pe primul plan ca prezenţă (80%) şi intensitate, alcătuind sindromul moriatic — pierderea iniţiativei, hipoprosexie, amnezie de fixare, scăderea autocriticii, dezorientare temporo-spaţială;
- afazie;
- tulburări reflexe: reflexe de apucare.

548. **PREFRONTAL POSTCHIRURGICAL(S) sindrom** ● Tulburări multiple care apar după lezarea chirurgicală a porţiunii din lobul frontal, situat anterior de girusul Rolando şi aria Broca, constînd în apatie, lentoare în mişcări, bradipsihie şi bradilalie. Unul dintre cele mai tipice semne, constituind „o caracteristică certă a sindromului prefrontal" (L. DĂNĂILĂ, M. GOLU, 1988), este lipsa previziunii, a abilităţii de a prospecta viitorul şi de a planifica acţiuni caracteristice, evidenţiată şi de testele psihologice.

Epifenomenele în sfera motorie sînt dispraxia, reflexele anacronice (apucare, strîngere, sugere), semne piramidale, iar în sfera verbală sînt perseveraţiile, ecolalia, deficitele de exemplificare. Comportamentul este inadecvat, ireverenţios şi uneori necontrolat (în special controlul sfincterian), bolnavul avînd o atitudine euforică chiar faţă de propriile deficite şi inabilităţi („Jocking malady"). Gravitatea acestui sindrom este destul de mare pentru a constitui un factor de reţinere faţă de intervenţia chirurgicală.

549. **PREMENSTRUAL(S) sindrom** ● Tulburări psihice, somatice şi comportamentale care apar în perioada menstruală. O serie de autori, începînd cu HIPOCRATE, au remarcat corelaţia dintre apariţia unor tulburări psihice şi perioadele peri- sau premenstruale (PINEL, ESQUIROL, ITARD, MOREL, GREISSINGER ş.a.). Prima abordare modernă a acestui sindrom a fost realizată simultan de K. HORNEY şi R. FRANCK în articole princeps apărute în limbile germană şi, respectiv, engleză, primul într-o revistă de psihanaliză, celălalt într-una de neuropsihiatrie. Unii autori, printre care RUBINOW şi ROY-BYRNE (1984), BUVAT (1986), vorbesc de sindroame premenstruale constituite din grupe heterogene de simptome.

După HASKETT (1983) aspectele definitorii pentru diagnosticul de sindrom premenstrual ar fi următoarele:

- simptome premenstruale psihice şi/sau fizice moderate sau severe;
- cea mai mare parte a ciclurilor menstruale prezintă aceste simptome;
- apar numai în faza premenstruală şi dispar la scurt timp după apariţia menstrei;
- apar la femei între 21—40 ani;
- apar în cicluri menstruale obişnuite (în afara sarcinii);
- nu sînt considerate cazurile în care se administrează o anumită medicaţie sau sînt folosite anticoncepţionalele;
- simptomele nu se înscriu în criteriile obişnuite ale unor boli psihice clasice.

Limitele temporale ale sindromului au fost stabilite de diverși autori între ±4 zile înaintea menstruației și ultimele zile ale fazei luteale.

Incidența simptomelor premenstruale ar fi, după BUVAT (1984), între 70–80%, dintre acestea numai un mic procent soldîndu-se cu scăderea marcată a performanțelor fizice și intelectuale. CERUTTI a constatat, pe un lot de 1 200 de studente, o incidență a simptomatologiei de 82%, dintre care 18,3% cu sindroame premenstruale severe; după K. DALTON, o zecime din femei ar prezenta sindroame premenstruale, putîndu-se întîlni următoarele comportamente feminine:

- pedepsirea copiilor;
- conflicte profesionale;
- internări psihiatrice de urgență;
- crime comise de deținute;
- internări de urgență în spitalul general;
- predispoziție la accidente;
- solicitări ale serviciilor mobile de urgență (tip „salvare");
- cereri de consultații pentru un copil presupus bolnav;
- tentative suicidare.

O serie de studii evidențiază corelații statistice semnificative între perioada premenstruală și menstruală și tentativele suicidare (MACKINNON, RIBERO, DALTON, THIN, BIRTCHNELL, FLOYD, KEYE, HAMMOND, STRONG etc.). Un studiu recent făcut de BOURGEOIS, PÉDARIOSSE, DEGEILH, DARTIGUES (1987) pe 127 de femei cu comportament suicidar, relevă următoarele corelații semnificative:

- între sindromul premenstrual și tulburările de ciclu;
- între sindromul premenstrual și vîrstă (după 25 de ani);
- între nivelul socioeconomic și frecvența sindromului premenstrual (cu cît nivelul este mai crescut, cu atît frecvența este mai scăzută);
- între patologia psihiatrică (în special nevrotică) și existența sindromului premenstrual.

Autorii francezi neagă semnificația statistică a corelației dintre tentativele suicidare și perioada premenstruală.

În ceea ce privește tratamentul acestui sindrom, s-au încercat remedii hormonale (progesteron), antidepresive și neuroleptice și chiar mijloace psihoterapeutice de tip analitic.

550. **PRESUICIDAR(S) sindrom** ● Modificare a cîmpului conștiinței și a coloraturii afective, la care se adaugă tendința spre fantasmarea suicidară. RINGEL, cel care a descris sindromul, susține că modificările amintite pot fi întîlnite în majoritatea cazurilor de sinucidere, ingustarea conștiinței cu polarizarea atenției spre actul autodestructiv, precum și inflația fantasmării suicidare fiind terenul pe care se face trecerea la act. Totuși, o serie de autori contestă validitatea sindromului, mai ales dată fiind dificultatea de a-l identifica. Alți autori îl atribuie unor trăsături dispoziționale sau caracteriale sau unor dezvoltări particulare ale personalității.

PROTNOV(S) sindrom — sindromul „micii abstinențe" — Vol. III; P. 967; p. 647.

PROTOPOPOV(S) sindrom — midriază, tahicardie, constipație — Vol. III; P. 972; p. 648.

PSEUDOATAXIE FRONTALĂ(S) sindrom — sin. ATAXIE FRONTALĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BRUNS(S) sindrom — Vol. I; B. 480; p. 469.

PSEUDOBULBAR(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. III; P. 994; p. 652.

551. **PSEUDODEMENȚIAL FRONTAL(S) sindrom** ● Tulburări psihice de tip demențial, determinate de tumorile frontale unilaterale care comprimă și celălalt lob frontal, ca și nucleii de la bază. Bolnavul este somnolent, bradipsihic, gatos, răspunde greu la comenzi, dar nu are apraxie; nu poate mișca membrele din partea opusă leziunii. Ablația tumorii (și chiar a intregului lob frontal) este urmată de dispariția completă a simptomatologiei, datorită faptului că lobul frontal opus suplinește pe deplin funcțiile lobului rezecat. Această „restitutio ad integrum" i-a determinat pe N. BAGDASAR și C. ARSENI, autorii descrierii sindromului, să folosească în 1950 termenul de pseudodemență.

PSEUDOIMPONDERABILITATE(S) sindrom — deficiențe senzoriale, depresie, semne neurologice — Vol. III; P. 1 004; p. 656.

552. **PSEUDOPARALITIC HIPERTENSIV(S) sindrom** ● Tablou clinic trădînd suferința vasculară cerebrală, caracteristic celui de al treilea stadiu al bolii hipertensive („visceralizarea"). El cuprinde următoarele elemente:

- ingustarea treptată a preocupărilor, cu sărăcirea globală a activității psihice (slăbirea memoriei, scăderea simțului critic, hiponozognozie, scăderea capacității intelectuale);
- tulburări ale sferei afective: indiferență, euforie (uneori cu idei delirante de grandoare, pasagere);

- tulburări neurologice de tip paretic și afazic.

Modificările în planul personalității și al performanțelor intelectuale devin evidente, accentuîndu-se după fiecare episod ictal și evoluînd în raport invers proporțional cu durata remisiunilor.

Diagnosticul diferențial cu sindromul paralitic din paralizia generală progresivă se face cu ajutorul antecedentelor, al examenului lichidului cefalo-rahidian, al examenelor serologice de laborator și al examenului neurologic din care lipsesc semnele caracteristice.

PSEUDOPUBERTAR(S) *sindrom* — variantă a schizofreniei torpide (NADJAROV, 1965) — Vol. III; P. 1 017; p. 657.

PSIHOANEMIC(S) *sindrom* → HEMOPATIE — Vol. II; H. 139; p. 323.

PSIHODEGRADARE ALCOOLICĂ(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KROSOWSKA(S) sindrom — Vol. II; K. 134; p. 1 008.

553. **PSIHOGEN SOMATIC**(S) **sindrom** ● Suferință caracterizată prin faptul că în patologia sa poate fi stabilită o legătură temporală și etiologică mai importantă cu un eveniment social sau psihologic, decît cu unul biologic. La cele mai multe persoane, simptomul psihogen este izolat și tranzitoriu (prurit, junghiuri precordiale etc.), survenind în timpul unor momente de contrariere, disconfort sau așteptare anxioasă, dar s-au înregistrat și situații în care aceste sindroame sînt multilante sau fatale. Crizele dureroase puternice, de origine psihogenă pot determina spitalizări repetate sau chiar intervenții chirurgicale (mai ales în zona abdominală), care rămîn fără nici un rezultat. Pacienții care resimt o simptomatologie somatică refuză cel mai adesea ajutorul psihiatric, considerînd suferința lor ca aparținînd domeniului medicinii interne. Deficitul de relaționare al acestor bolnavi îi face să își schimbe frecvent medicul curant, să facă investigații multiple, riscante și costisitoare, care nu oferă satisfacție bolnavului. Odată cu stabilirea non-organicității bolii, bolnavul se simte ofensat, refuzînd contactul în continuare cu medicul care l-a diagnosticat. Abordarea unor astfel de cazuri trebuie făcută cu prudență și tact psihoterapeutic, rolul medicului fiind, în aceste circumstanțe, și acela de protector față de riscurile la care bolnavul se supune inconștient.

PTERYGIUM(S) *sindrom* — sin. ULLRICH-BONNEVIE-GEERTRUYDEN(S); STATUS ULLRICH-BONNEVIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ULLRICH-BONNEVIE(S) sindrom — Vol. IV; U. 8; p. 686.

554. **PUERTO RICO**(S) **sindrom** ● Patologie de război, de intensitate psihotică și coloratură isterică, întîlnită la soldații de origine portoricană. Declanșarea crizei de agitație (însoțită probabil de o producție halucinatorie), la care se adaugă tremurături, gesturi bizare de amenințare, vorbire complet incoerentă este frecvent psihogenă, fiind legată de un moment în care subiectul este contrazis sau contrariat. Criza provoacă stupefacție și spaimă membrilor din anturajul bolnavului. Rezoluția crizei este spontană, subiectul avînd amnezia episodului.

Etiologia nu este încă elucidată; au fost propuse explicații legate de valorile tradiționale și relațiile interfamiliale din societatea portoricană. În viziunea unor psihanaliști, sindromul ar avea originea în contactul precoce cu scena primală.

PUNCH-DRUNKENNESS(S) *sindrom* — sin. MARTLAND(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ENCEFALOPATIA BOXERILOR — Vol. II; E. 223; p. 59.

PUTNAM-SCHULTZE(S) *sindrom* — sin. ACROPARESTEZIE NOCTURNĂ; SCHULTZE(S) sindrom → ACROPARESTEZIE — Vol. III; P. 1 225; p. 796.

RAAB(S) *sindrom* — disfuncție hipofizară cu modificări ale afectivității — Vol. III; R. 2; p. 802.

RADICULIȚĂ(S) *sindrom* — elemente de diagnostic diferențial — Vol. III; R. 13; p. 804.

RAISA GOLANT(S) *sindrom* — sin. PSIHOZĂ DIENCEFALICĂ PERIODICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GOLANT(S) sindrom — Vol. II; G. 177; p. 274.

RAPUNTEL(S) *sindrom* — E. VAUGHAN, J. GAWYERS, H. SCOTT (1968) — Vol. III; R. 38; p. 807.

RAZDOLSDIN(S) *sindrom* — tulburări de schemă corporală în epilepsie — Vol. III; R. 64; p. 812.

RĂSPUNS „ALĂTURI"(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GANSER(S) sindrom — Vol. II; G. 35; p. 246.

RĂU DE MARE(S) *sindrom* — complex de tulburări neurovegetative — Vol. III; R. 74; p. 815.

RĂU DE MUNTE(S) *sindrom* — complex de tulburări neurovegetative — Vol. III ; R. 75 ; p. 815.

REFSUM(S) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. III ; R. 154 ; p. 856.

RÉGIS(S) *sindrom* — sin. DROMOMANIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VAGABONDAJ — Vol. IV ; V. 5 ; p. 704.

REGRESIUNE PSIHOMOTORIE(S) *sindrom* — suită de modificări motorii și psihice (1986) — Vol. III ; R. 172 ; p. 862.

REID-BARLOWS(S) *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PROLAPS DE VALVĂ MITRALĂ — Vol. III ; P. 894 ; p. 636.

REITER(S) *sindrom* — manifestări psihice post intervenții stomatologice — Vol. III ; R. 182 ; p. 865.

RESTAURANT CHINEZESC(S) *sindrom* — rezultat al excesului de glutamat de sodiu — Vol. III ; R. 266 ; p. 888.

RESTLESS LEGS(S) *sindrom* — sin. ANXIETAS TIBIARUM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EKBOM(S) sindrom — Vol. II ; E. 115 ; p. 28.

RETROOLIVAR(S) *sindrom* — sin. SINDROM LATERAL AL BULBULUI $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WALLENBERG(S) sindrom — Vol. IV ; W. 8 ; p. 752.

555. **RETT(S) sindrom** ● Encefalopatie progresivă cu caracter particular care debutează la cîteva luni de la nașterea copilului și afectează doar sexul feminin. HAGBERG (1987) sistematizează astfel principalele etape de evoluție clinică a acestui sindrom :

- ● Stadiul de stagnare (6—18 luni) :
  - — oprirea achizițiilor psihomotorii ;
  - — pierderea interesului pentru joc și față de alte persoane ;
  - — tulburări ale mersului, dacă acesta a fost învățat ;
  - — sistarea dezvoltării oaselor cutiei craniene.
- ● Stadiul de regresie rapidă (1—3 ani) :
  - — regresie psihomotorie și relațională ;
  - — comportament autistic, privire golită de expresie ;
  - — refuzul contactului verbal cu aparentă surdomutitate ;
  - — stereotipii manuale (subiectul nu folosește mîinile pe care le ține încrucișate pe piept), bruxism ;
  - — tulburări respiratorii (apar după vîrsta de doi ani) : hiperpnee pînă la sincopă, alternînd cu apnee cianogenă ;
  - — tulburări ataxice ;
  - — crize epileptice ;
  - — microcefalie.
- ● Stadiul de stabilizare aparentă (pînă la zece ani) :
  - — deteriorare mai lentă ;
  - — hiperreflexie, hipertonie difuză, parapareză ;
  - — epilepsia se agravează în 80% din cazuri (răspunsul la terapie este inconstant) ;
  - — comportamentul autistic se modifică, luînd aspect demențial.
- ● Stadiul de deteriorare lentă :
  - — deteriorarea este pregnant motorie, ajungînd la paraplegie sau tetraplegie ;
  - — grave tulburări ortopedice, cifoscolioze, picior equin ;
  - — tulburări vasomotorii ale circulației extremităților ;
  - — pubertatea apare normal, în mod paradoxal ;
  - — demență profundă cu gatism și sfîrșit letal în jurul vîrstei de 15 ani.

Nu s-a putut demonstra nici un suport biologic, electrofiziologic, radiologic sau histopatologic al acestui dramatic tablou clinic. Rata de apariție este de 1/15 000 de fetițe nou-născute.

Diagnosticul diferențial este dificil și se face cu autismul precoce pentru simptomatologia psihică și/sau cu encefalopatiile progresive de altă natură pentru simptomatologia neurologică. Dintre acestea menționăm : boala Alpers, acidemia de tip Leigh, boala Refsum, gangliozidoze. După apariția crizelor epileptice, diagnosticul diferențial trebuie făcut și cu sindromul West, sindromul Lennox, sindromul Achard.

Tratamentul constă în controlul (în măsura posibilităților) crizelor epileptice (cu benzodiazepine sau carbamazepină la care rezultatele au fost superioare), kineziterapie, ergoterapie și nursing. Este necesară de asemenea psihoterapia familiei și sfatul genetic. Acesta din urmă afirmă absența riscului de recurență, precum și imposibilitatea stabilirii diagnosticului prenatal la ora actuală.

A fost descris de Andrea RETT, în 1966.

REYE(S) *sindrom* — posibilă stare postvirală (R. D. REYE, 1963) — Vol. III ; R. 311 ; p. 898.

RIEGER$^{(S)}$ sindrom — descriere, manifestări psihice — Vol. III ; R. 327 ; p. 900.

RIGIDITATE MUSCULARĂ SENILĂ$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ JACOB$^{(S)}$ sindrom — Vol. II ; J. 8 ; p. 975.

RILEY-DAY$^{(S)}$ sindrom — descriere, manifestări psihice — Vol. III ; R. 334 ; p. 901.

ROBERTS$^{(S)}$ sindrom — hipomelie + hipotricoză + oligofrenie (RUD, 1927) — Vol. III ; R. 373 ; p. 911.

RUBINSTEIN-TAYBI$^{(S)}$ sindrom — descriere, manifestări psihice — Vol. III ; R. 428 ; p. 921.

RUD$^{(S)}$ sindrom — ihtioză + sclerodermie + oligofrenie (RUD, 1927) — Vol. III ; R. 429 ; p. 921.

RUTHERFORD$^{(S)}$ sindrom — descriere, manifestări psihice — Vol. III ; R. 439 ; p. 923.

S$^{(S)}$ sindrom — sin. CLÉRAMBAULT$^{(S)}$ sindrom ; CLÉRAMBAULT-KANDINSKI$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AUTOMATISM MINTAL$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; A. 1 294 ; p. 345.

SALVATORI-ESQUIROL-HUGELAN$^{(S)}$ sindrom — (descris independent între 1817—1838) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIPSOMANIE — Vol. I ; D. 396 ; p. 790.

SANCTIS-CACCHIONE$^{(S)}$ sindrom — sin. IDIOȚIE XERODERMICĂ ELSÄSSER ; SINDROMUL IDIOȚIEI XERODERMICE ; XERODERMIE PIGMENTARĂ — Vol. IV ; S. 26 ; p. 14.

SCALEN$^{(S)}$ sindrom — sin. ADSON-COFFEY$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAFFZIGER$^{(S)}$ sindrom — Vol. III ; N. 4 ; p. 180.

SCHELLONG$^{(S)}$ sindrom — „un gen" de nevroză cardiacă — Vol. IV ; S. 89 ; p. 30.

SCHILDER-STENGL$^{(S)}$ sindrom — sin. ASIMBOLIE DUREROASĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANALGEZIE GENERALIZATĂ — Vol. I ; A. 663 ; p. 182.

SCHIRMER$^{(S)}$ sindrom — sin. DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ; KALISCHER$^{(S)}$; KRABBE$^{(S)}$; LAWFORD$^{(S)}$; MILLES$^{(S)}$; WEBER$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE$^{(B)}$ boală — Vol. IV ; S. 1 018 ; p. 441.

SCHLEMIHL$^{(S)}$ sindrom (eroul lui CHAMISSO, Peter Schlemihl) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DUPRÉ-MERKLEN$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; D. 614 ; p. 834.

SCHOLZ$^{(S)}$ sindrom — dezorientare, afazie, agnozie, cecitate (BAKER, BRAIN, PORIER) — Vol. IV ; S. 140 ; p. 169.

SCHULTE$^{(S)}$ sindrom — consecutiv restricției proteice îndelungate — Vol. IV ; S. 146 ; p. 170.

SCHULTZE$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PUTNAM-SCHULTZE$^{(S)}$ sindrom → ACROPARESTEZIE — Vol. III ; P. 1225 ; p. 796.

SCHWARTZ-JAMPEL$^{(S)}$ sindrom — nanism, miotonie, blefarofimoză, facies bizar — Vol. IV ; S. 153 ; p. 170.

SELYE$^{(S)}$ sindrom — sindrom de adaptare consecutiv stresului (1937) — Vol. IV ; S. 257 ; p. 196.

SEMERAU-SIEMIANOVSKI$^{(S)}$ sindrom — sin. COLAPS PAROXISTIC (PARADOXAL) ; HIPOASFIXIE PAROXISTICĂ — Vol. IV ; S. 262 ; p. 197.

SENELAIGNE-DEBRÉ-KOHER$^{(S)}$ sindrom — „tip atletic... hipotiroidian" (cretinism) — Vol. IV ; S. 282 ; p. 226.

SENZITIV ALTERN RAYMOND$^{(S)}$ sindrom — manifestări motorii și senzitive — Vol. IV ; S. 306 ; p. 232.

SENZITIVO-SENZORIAL$^{(S)}$ sindrom → MORSIER$^{(S)}$ sindrom (1944) — Vol. III ; M. 674 ; p. 161.

SEREISKI$^{(S)}$ sindrom — abulie, adinamie, aspontaneitate — Vol. IV ; S. 325 ; p. 235.

SÉRIEUX-CAPGRAS$^{(S)}$ sindrom — sin. DELIR ESENȚIAL DE INTERPRETARE (1909) — Vol. IV ; S. 350 ; p. 237.

SHEEHAN$^{(S)}$ sindrom — simptomatologie somatică și psihică — Vol. IV ; S. 402 ; p. 264.

S.I.D.A. (SINDROM IMUNODEFICITAR DOBÎNDIT) — manifestări psihice — Vol. IV ; S. 415 ; p. 267.

SIDBURY-SMITH-HARLAM$^{(S)}$ sindrom — deficit al acildehidrogenazei — Vol. IV ; S. 416 ; p. 268.

SIEFERT-BIRNBAUM$^{(S)}$ sindrom — reacție isterică de tip mitomanic — Vol. IV ; S. 425 ; p. 269.

SIEMENS$^{(S)}$ sindrom — sin. BLOCH$^{(S)}$ sindrom ; CAROL-BOUR$^{(S)}$; INCONTINENTIA

PIGMENTATI ; MELANOBLASTOZĂ LINIARĂ BLOCH $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BLOCH-SULZBERGER(S) sindrom — Vol. I ; B. 318 ; p. 433.

SILVERMAN(S) sindrom — sin. TARDIEU-SILVERMAN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPIL MALTRATAT(S) sindrom — Vol. I ; C. 648 ; p. 633.

SILVERSTEIN(S) sindrom — amiotrofie corticală cu localizare unilaterală — Vol. IV ; S. 443 ; p. 271.

SILVIAN(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. IV ; S. 444 ; p. 271.

SIMMONDS(S) sindrom — sin. HIDROCEFALIE OTOGENĂ — Vol. IV ; S. 454 ; p. 275.

SIMPATALGIE(S) sindrom — durere și fenomene vegetative strict localizate — Vol. IV ; S. 457 ; p. 276.

SIMPATIC CERVICAL POSTERIOR(S) sindrom — tip de cefalee (A. BARRÉ) — Vol. IV ; S. 458 ; p. 276.

SINCOPĂ ESENȚIALĂ POSTMICȚIONALĂ(S) sindrom — sincopă de tip vagovagal — Vol. IV ; S. 484 ; p. 285.

SINDROM DE ACȚIUNE EXTERIOARĂ(S) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ INFLUENȚĂ(S) delir — Vol. II ; I. 188 ; p. 465.

SINDROMUL (DE) ADAPTARE CONSECUTIV STRESULUI(S) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SELYE(S) sindrom — Vol. IV ; S. 257 ; p. 196.

556. **SINDROM (DE) ALGOMERASTENIE AGITATĂ ANXIOASĂ NOCTURNĂ** ● Formă gravă a merasteniei agitate, constînd în agitație incoercibilă a gambelor, cu periodicitate vesperală și nocturnă, urmată de anxietate secundară și disestezie la care se asociază algii diverse, în special sexuale. Ca și în cazul altor sindroame de acest tip, nu se poate preciza etiologia ; în ceea ce privește „mecanismele" psihosomatice care determină boala, nu există o singură ipoteză plauzibilă, unii autori considerînd-o o echivalență depresivă.

SINDROMUL AMINTIRILOR INUTILE(S) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MAZURKIEVICI(S) sindrom — Vol. III ; M. 176 ; p. 54.

557. **SINDROM AMNEZIC AL OBSTRUCȚIEI ARTERELOR CEREBRALE POSTERIOARE** ● Sindromul se caracterizează prin : amauroză, cu dezorientare spațială secundară, amnezie de fixare și de evocare, prin incapacitatea de integrare a stimulilor veniți de la diferiți analizatori. Sindromul apare prin ramolisment cerebral al cortexului occipital și al unor segmente din circuitul Papez, secundar obstrucției arterelor cerebrale posterioare.

SINDROM (AL) ARTEREI BAZILARE(S) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KUBIK-ADAMS(S) sindrom — Vol. II ; K. 135 ; p. 1 008.

558. **SINDROM (AL) ARTEREI CAROTIDE INTERNE** ● Sindromul este determinat de stenozarea sau trombozarea arterei carotide interne. În funcție de durata și extinderea procesului ischemic, sînt posibile :

- atacul ischemic tranzitor, caracterizat clinic prin fenomene cerebrale cu durată de cîteva minute ; principalele simptome sînt : hemiparezele, predominant brahiofaciale, hemiparestezia, afazia sau dizartria, diminuarea vederii monoculare, crizele comițiale și tulburări ușoare de conștiență (trebuie diferențiat de anumite forme de epilepsie sau migrenă) ; diagnosticul tranșant este dat de arteriografia carotidiană ;
- infarctul cerebral carotidian, caracterizat prin debut brutal, cu durată mare a simptomelor ; tabloul clinic este dominat de hemipareză sau hemiplegie (predominant brahio-faciale), afazie Croce și apraxie ideomotorie și ideatorie (în cazul lezării emisferului dominant), asomatognozie și anosognozie (în leziunile emisferului minor), hemianopsie, obnubilare tranzitorie ; arteriografia carotidiană este unica metodă de evaluare a întinderii infarctului.

559. **SINDROM (AL) ARTEREI CEREBRALE ANTERIOARE** ● Sindrom complex, determinat de ramolismentul țesutului cerebral în teritoriul arterei cerebrale anterioare prin ateroscleroză, anevrism, embolie, compresiune.

- *Simptome neurologice* :
  - hemiplegie predominant crurală ;
  - apraxie ideomotorie stîngă ;
  - reflex de prehensiune forțată ;
  - pierderea controlului sfincterian ;
  - dizartrie.
- *Simptome psihice* :
  - tulburări de conștiență de intensități diferite, de la obnubilare pînă la comă ;

- labilitate emoțională, aplatizare afectivă sau depresie ;
- hipomnezie de fixare, uneori constituindu-se un sindrom Korsakov ;
- scăderea inițiativei ideomotorii, uneori pînă la stupoare.

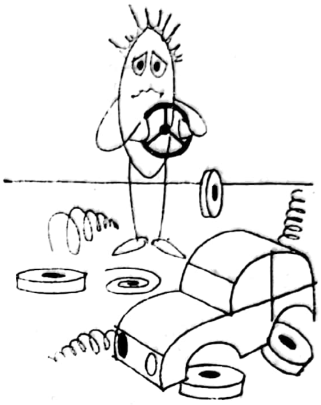
560. **SINDROMUL CELEI DE A TREIA ZI** ● Sindrom apărut în perioada postpartumului precoce („blue postpartum"), constînd în manifestarea unor semne de tipul : astenie, depresie cu plîns facil, anxietate legată de noul-născut, diverse acuze somatice, agresivitate, tulburări mnezice, discretă confuzie, somnambulism, insomnii cu caracter tranzitor. Apariția unor insomnii persistente, însoțite de coșmaruri reprezintă — în opinia lui J. HAMILTON (1962) — un semn important al intrării într-o stare confuzională psihotică.

Factorii care concură la apariția acestor tulburări sînt multipli. Simptomatologia „sindromului celei de a treia zi" („blue maternity", „milk feaver", „transitory syndrome"), precum și cea din debutul psihozelor puerperale sugerează existența unor mecanisme etiopatogenice care ar evidenția prezența substratului somatic (dezechilibrul hormonal), în cazul psihozelor, și existența factorilor psihici în cazul „sindromului celei de a treia zi" (G. RANCUREL, D. MARMIE, 1975) → PSIHOZE PUERPERALE.

561. **SINDROM CENTRAL ANTICOLINERGIC** ● Sindrom care apare în timpul tratamentului cu triciclice, avînd o simptomatologie asemănătoare cu cea a psihozelor atropinice : halucinații vizuale (zoomorfice, colorate), amnezie de fixare, confuzie, dezorientare. Un element diagnostic îl constituie retrocedarea simptomatologiei la administrarea de fizostigmină, medicament care produce creșterea acetilcolinei cerebrale și scade blocajul atropinic. Tratamentul obișnuit implică reducerea dozelor de antidepresive și fracționarea lor diurnă.

562. **SINDROMUL COFFIN-LOWRY** ● Maladie legată de cromozomul X, cu transmitere semidominantă, care se asociază unor tulburări de creștere moderate, malformații ale scheletului feței, toracelui și membrelor, laxitate a ligamentelor, deficiență mintală severă. Tulburările de vorbire sînt mari și legate direct de gradul deficitului mintal. A fost descris de S. COFFIN, E. SIRIS și L. WEGIENKA în 1966.

563. **SINDROMUL COPILULUI NEÎNDEMÎNATIC** ● Deficit în însușirea deprinderilor care necesită mișcări coordonate precis și care nu se explică printr-o întîrziere generală în dezvoltare sau printr-o afecțiune neurologică demonstrabilă. Copilul apare ca dezordonat, cu mișcări prost coordonate sau lipsite de finețe, ghinionist, respins ca partener de joc, izolat, fără prieteni, singuratic. Neîndemînarea copiilor poate avea forme diferite de manifestare (HEDERSON).



Printre factorii etiologici au fost incriminați disproporția dintre particularitățile somatice (înălțime, greutate) la naștere și vîrsta gestațională, unele anomalii cromozomiale și chiar un anumit deficit specific neuropsihic, fără să se poată evidenția prevalența vreunuia sau legătura evidentă dintre acești factori.

Unii copii neîndemînatici sînt aduși la neuropsihiatru pentru că sînt triști și inadaptabili societății, dar deseori aceste tulburări nu sînt direct legate de sindromul copilului neîndemînatic, putînd fi efectul și nu cauza tulburărilor amintite (există copii neîndemînatici veseli și adaptați social).

Diagnosticul sindromului se face prin excludere după înlăturarea unor cauze ca ataxia congenitală, tulburări de vedere, coree congenitală, miopatii etc. Unii autori consideră acest sindrom numai ca o variație obișnuită pe curba de distribuție a abilității motorii, „medicalizarea" diagnosticului fiind considerată greșită. În acest sens, tratamentul cel mai indicat pare să fie cel psihopedagogic.

564. **SINDROM DE DEPENDENȚĂ(s)** ● Concept introdus de R. A. Mc CATHY pentru a desemna dependența bolnavilor față de medic și personalul medical, ca și față de instituțiile în care primesc asistență. Bolnavul își pierde independența funcțională, adaptîndu-se și integrîndu-se în mediul spitalicesc, pe care îl consideră ca fiind cel mai potrivit pentru starea sa. Prin asistență ambulatorie și semiambulatorie se evită apariția unor astfel de sindroame.

565. **SINDROMUL DISFORIC DE FAZĂ LUTEALĂ TARDIVĂ** ● Entitate propusă de autorii americani (R. SPITZER și colab., 1987), în manualul DSM III R, pentru a deveni cadru nozografic, constînd dintr-o paletă largă de tulburări psihoemoționale și somatice, în directă legătură cu ultima săptămînă a fazei luteale și primele zile ale fazei foliculare. Aceste tulburări nu intră în discuție decît în momentul în care provoacă dezadaptare socială și/sau profesională și sînt prezente în corelație cu majoritatea ciclurilor menstruale dintr-un an. Tulburarea poate fi prezentă și la persoanele histerectomizate, la care însă au fost păstrate ovarele. În opinia autorilor americani, criteriile de diagnostic ale acestui sindrom sînt următoarele :

A. În majoritatea ciclurilor din anul anterior, simptomele din grupa B apar în ultima săptămînă a fazei luteale și se atenuează în cîteva zile după apariția fazei foliculare. La persoanele de sex feminin cu ciclu menstrual, aceste faze corespund săptămînii premergătoare și celor cîtorva zile care urmează după menstruație (la persoanele histerectomizate, distribuția fazelor luteale și foliculare poate necesita măsurători ale valorilor hormonilor sexuali circulanți).

B. Cel puțin cinci dintre următoarele simptome sînt prezente dominant în timp în faza luteală, cel puțin unul dintre ele fiind 1, 2, 3 sau 4 :

1. labilitatea afectivă accentuată (de exemplu, apariția bruscă a unui sentiment de tristețe, plîns, iritabilitate sau furie) ;
2. furie sau iritabilitate accentuată și persistentă ;
3. anxietate accentuată, tensiune, surescitare sau irascibilitate ;
4. depresie severă, sentimente de deznădejde sau idei autodepreciative ;
5. interes scăzut față de activitățile normale ;
6. extenuare rapidă sau lipsă accentuată de energie ;
7. senzație subiectivă de dificultate în concentrare ;
8. schimbări evidente în apetit, supraalimentare sau poftă de anumite alimente ;
9. hipersomnie sau insomnie ;
10. alte simptome fizice, cum ar fi sensibilitatea sau mărirea sînilor, cefalee, artralgii și mialgii, senzația de „umflare", creștere în greutate.

C. Tulburările afectează evident munca sau activitățile sociale normale și relațiile cu ceilalți.

D. Tulburările nu sînt doar exacerbări ale simptomelor unor alte afecțiuni, ca de exemplu depresia majoră, atacuri de panică, distimie sau o dizarmonie de personalitate (deși pot fi suprapuse oricăreia dintre aceste afecțiuni).

E. Criteriile majore sînt confirmate de autoevaluările prospective zilnice din timpul ultimelor două cicluri simptomatice (diagnosticul poate fi făcut provizoriu, anterior acestei confirmări).

În tabelul simptomatic anterior se asociază frecvente tulburări de tip depresiv. Vîrsta de debut a bolii este, de regulă, peste 30 de ani, iar evoluția este agravată de vîrstă. Dintre complicații este posibil comportamentul suicidar. Nu sînt cunoscute prevalența sindromului și nici factorii etiologici sau favorizanți. Diagnosticul diferențial se face cu dismenoreea (care este expresia somatică), tulburările depresive și atacurile de panică (deși pot însoți sindromul, nu sînt în prim plan).

SINDROM (DE) EMBRIOPATIE VIROTICĂ(S) — sin. EMBRIOPATIE RUBEOLICĂ ; POSTRUBEOLIC(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GREES(S) sindrom — Vol. II ; G. 215 ; p. 283.

SINDROM EXOGEN ACUT(S) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FEBRIL(D) delir — Vol. II ; F. 77 ; p. 174.

566. **SINDROMUL „FIRULUI VIEȚII"** ● Constelație familială particulară, caracterizată prin pasivitatea sau absența tatălui și existența unei mame dominatoare. După R. J. CAMPBELL (1981), se crede că această constelație ar fi în mod semnificativ corelată cu posibilitatea dezvoltării unui proces schizofrenic subsecvent.

567. **SINDROMUL HIPERESTEZIC HIPEREMOTIV**(S) ● Cel mai frecvent dintre sindroamele de sevraj alcoolic asociază : simptome neuromusculare (tremurături, crampe, parestezii), simptome digestive (anorexie, grețuri, vărsături, diaree), simptome neurovegetative (transpirații profuze, tahicardie) cu tulburări psihice polimorfe : neliniște difuză, hiperemotivitate, labilitatea atenției, iritabilitate, lacune mnezice tranzitorii, tremor matinal caracteristic. Apare după o scurtă perioadă de abstinență (LEMPERIERE, FELINE) care variază între 8 și 24—36 ore, cînd atinge maximum de intensitate ; poate persista cîteva zile. Insomniile, anxietatea și coșmarurile pot să se prelungească 1—2 săptămîni. Simptomatologia cedează la ingestia de alcool și reapare, la o nouă întrerupere, cu intensitate sporită. Acest sindrom reprezintă obstacolul cel mai redutabil la începutul curei de dezalcoolizare, deoarece

bolnavul caută să recurgă la alcool pentru a-și amenda simptomatologia dezagreabilă

SINDROM (DE) HIPERVENTILAȚIE(S) — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH) ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; INIMA SOLDATULUI(S) sindrom ; NEURASTENIFORM-VASCULAR(S) sindrom ; NEVROZĂ CARDIACĂ ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ ; STILLE-HARTSHORNE(S) sindrom ; TULBURARE A REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DA COSTA(S) sindrom — Vol. I ; D. 5 ; p. 678.

SINDROMUL IDIOȚIEI XERODERMICE(S) — sin. IDIOȚIE XERODERMICĂ ELSÄSSER ; XERODERMIE PIGMENTARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SANCTIS-CACCHIONE — Vol. IV ; S. 26 ; p. 14.

SINDROM KLINEFELTER-ALBRIGHT(S) — sin. SINDROM KLINEFELTER-REIFENSTEIN(S) ; DISGENEZIE TESTICULARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KLINEFELTER(B) boală — Vol. II ; K. 90 ; p. 1 001.

SINDROM LATERAL AL BULBULUI(S) — sin. RETROOLIVAR(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WALLENBERG(S) sindrom — Vol. IV ; W. 8 ; p. 752.

568. **SINDROM MAIN(S)** ● Sindrom caracterizat printr-o producție delirantă particulară, apărută la persoane din sistemul medical, bolnave, prin care acestea încearcă să obțină un grad sporit de simpatie, în situație de bolnav, ca și unele „privilegii terapeutice" din partea celor care le îngrijesc. A fost descris de T. F. MAIN, în 1957.

569. **SINDROM (AL) MĂRULUI** ● Exemplu de patologie care rezultă din discontinuitatea social-etnică, descris de J. WESTER MEYER. Sindromul este caracteristic indienilor americani („piei roșii"), care încearcă să înțeleagă și să asimileze datele culturii anglosaxone („cultura albă"). Sindromul a fost identificat de autor la 68% din indienii adoptați de familii non-indiene sau trăind în comunități de albi. El include următoarele semne : alcoolism precoce, abuz de droguri, tentative de suicid, crize de anxietate, depresie, absenteism școlar, promiscuitate, delincvență juvenilă. La indienii trăind în propriile comunități, folosiți ca grup de control, sindromul nu a fost pus în evidență.

Inițial, copiii plasați în comunități non-indiene se adaptează bine și își dezvoltă sisteme de valori, atitudini, afilieri sociale, hobby-uri și identificări etnice asemănătoare cu ale majorității comunității. În timpul activității școlare apar primele dezadaptări, pornind de la conștientizarea diferențelor rasiale. La adolescenți se reactualizează problema identității, ei trăind deja în căutarea unei identități personale și neputînd să și-o găsească în cea familială.

Sindromul mărului nu este specific numai pentru populația americană, ci poate fi întîlnit la confluența dintre culturi între care apar marcate diferențe rasiale.

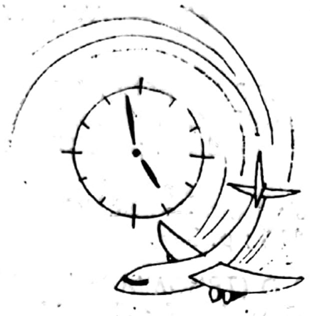
570. **SINDROM NEVROTIC DE GUERILĂ** ● Sindrom cu un grad de specificitate mai pronunțat, întîlnit la foști luptători în condițiile deosebite ale guerilei, descris de G. BELENKY și S. NOY, care au considerat ca simptome principale : anxietatea, depresia, tulburările digestive, sărăcirea afectivă, detașarea socială, agresivitatea, conduite antisociale, toxicofilie. La acestea se adaugă, de regulă, ca simptome secundare : inapetența și coșmarurile.

SINDROMUL OBLOMOV(S) → OBLOMOVISM — Vol. III ; O. 35 ; p. 298.

571. **SINDROMUL „OLD SERGEANT"** ● Patologie reactivă remarcată în timpul celui de-al doilea război mondial la combatanții care luptaseră neîntrerupt timp de mai multe luni și care se aflau în situația de a se număra printre puținii supraviețuitori ai companiei sau plutonului din care făcuseră parte. Simptomele caracteristice erau reprezentate de teamă, tremurături, pierderea încrederii în sine, scăderea eficienței în luptă comparativ cu nivelul anterior, însoțită de culpabilizare datorită acestui fapt. Specific este faptul că, în timp ce alți soldați cu simptome nevrotice încercau să facă totul pentru a părăsi cîmpul de luptă, cei cu sindromul amintit refuzau să părăsească terenul operațiunilor militare, uneori nefăcînd acest lucru decît constrînși. Acest sindrom, încadrabil în așa numitele nevroze de război, nu este generat numai de epuizarea de luptă, ci și de pierderea majorității sau tuturor tovarășilor de luptă, de pierderea încrederii în comandanți și în principiile pentru care luptă. Sindromul se dezvoltă la indivizi cu personalitate considerată normală, echilibrată. A fost descris și denumit ca atare de P. SOBEL (1947).

SINDROMUL POLIOPERAȚIILOR(S) — sin. TOXICOMANIE CHIRURGICALĂ MENNINGER $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MANIE CHIRURGICALĂ CHERTOK(S) sindrom — Vol. III ; M. 72 ; p. 24.

572. **SINDROM (DE) SCHIMBARE RAPIDĂ A TIMPULUI DE ZONĂ** („JET-LAG") ● Achiziție sindromologică recentă, legată de deplasările efectuate la intervale scurte de timp, la mari distanțe, pe axa est-vest, deplasări ocazionate de transportul aerian. Individul desincronizat de la „ceasul său biologic",



în noua zonă de timp, prezintă somnolență, oboseală, tulburări psihice consecutive în timpul perioadelor de veghe, insomnie în timpul perioadelor de somn (O. COFARIU, L. POPOVICIU, 1984). Tulburările pot dura 7—10 zile de la deplasarea în zona de timp „străină" și sînt mai frecvente în zborurile spre est. Pot fi insoțite de tulburări de apetit, tulburări micționale etc. și sînt mai frecvente la persoanele vîrstnice.

O variantă a acestui sindrom se înregistrează la anumite categorii de personal, la care fenomenul de „jet-lag" se produce recurent : piloți, cosmonauți, oameni de afaceri, personal diplomatic ; la aceștia poate apărea o paletă largă de tulburări psihice (iritabilitate, anxietate, disforie, depresie, tulburări de atenție), complicații somatice, dependență de tranchilizante, somnifere, alcool, tulburări în comportamentul socio-familial.

SINDROM SUBIECTIV AL ELECTROȘOCAȚILOR(s) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DESHAIES-PELLIER(s) sindrom — Vol. 1 ; D. 247 ; p. 751.

573. **SINDROM SUBIECTIV AL TRAUMATIZAȚILOR CRANIAN** — sin. SINDROM SUBIECTIV POSTTRAUMATIC ● Descris de PIERRE MARIE, MEINET și PIÈRON în 1916, este sindromul cel mai frecvent întîlnit la traumatizații cranio-cerebral (30—60%). Se caracterizează, în esență, prin intensitatea foarte redusă a semnelor clinice și paraclinice, asociată unor acuze subiective de intensitate mare → CEREBRASTENIE POSTTRAUMATICĂ.

SIVADON-BOUQUEREL(s) *sindrom* — sin. ELEOPTENOFAGIE (1946) — Vol. IV ; S. 648 ; p. 354.

SJÖGREN-HALLGREN(s) *sindrom* — sin. GRAFFES-HALLGREN(s) sindrom ; HALLGREN — SJÖGREN(s) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HALLGREN(s) sindrom — Vol. II ; H. 22 ; p. 298,

SJÖGREN-LARSON(s) *sindrom* — sin. ERITRODERMIE IHTIOZIFORMĂ (1957) — Vol. IV ; S. 650 ; p. 354 .

S'JONGERS(s) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. IV ; S. 651 ; p. 355.

SMITH-LEMLI-OPITZ(s) *sindrom* — manifestări psihice — Vol. IV ; S. 668 ; p 357.

SODOMIȚI(s) *sindrom* — (JHON și ROBILOTTI — 1977) — Vol. IV ; S. 716 ; p. 377.

SOLOMON(s) *sindrom* — dispută cu temă infantilă între mamă și bunică — Vol. IV ; S. 736 ; p. 379.

STAM-WIGBOLDUS-CROSVELD(s) *sindrom* — tip de demență presenilă (1968) — Vol. IV ; S. 884 ; p. 420.

STENDHAL(s) *sindrom* — „reacție la contactul cu arta" (1980) — Vol. IV ; S. 924 ; p. 425.

STENGEL-SCHILDER(s) *sindrom* — absența reacției la algii — Vol. IV ; S. 925 ; p. 425.

STEWART-GRIEG-MOREL(s) *sindrom* — sin. ACHARD-THIERS(s) ; CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ ; MOREL(s) ; MORGAGNI(B);

STEWART-MOREL(s) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MORGAGNI-STEWART-MOREL(s) sindrom — Vol. III ; M. 662 ; p. 160.

„STIFFMAN"(s) *sindrom* — MIOSPASTIC(s) sindrom ; OM ÎNȚEPENIT(s) sindrom — Vol. IV ; S. 953 ; p. 429.

STILLE-HARTSHORNE(s) *sindrom* — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ ; HIPERVENTILAȚIE(s) ; INIMA SOLDATULUI(s) ; NEURASTENIFORM-VASCULAR(s) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DA COSTA(s) sindrom — Vol. I ; D. 6 ; p. 678.

STILLER(s) *sindrom* — astenia constituțională „universalis" (1907) — Vol. IV ; S. 962 ; p. 431

STRIGĂT DE PISICĂ(s) *sindrom* — sin. „CAT CRY" ; „CRI DU CHAT" ; LEJEUNE(s) ; SINDROM AL MIEUNATULUI DE PISICĂ — Vol. IV ; S. 1 002 ; p. 438.

STUPOARE PRIN DEFICIENŢĂ DE TRIPTOFAN(S) sindrom (JÖRGEN LEHMAN, 1982) — Vol. IV ; S. 1 017 ; p. 441.

SUMAKOV(S) sindrom — manifestări somatovegetative în alcoolism — Vol. IV ; S. 1 057 ; p. 457.

574. **SUPERFEMELĂ(S) sindrom** — sin. METAFEMELĂ ● Anomalie genetică constînd în apariţia unui pattern cromozomial de tip XX, manifestată clinic prin amenoree, sterilitate, nedezvoltarea caracterelor sexuale feminine. Din punct de vedere psihic, există cazuri care prezintă întîrzieri mintale uşoare sau medii.

SUPRARENOMETABOLIC(S) sindrom (MILCU) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CUSHING(S) sindrom — Vol. I ; C. 800 ; p. 673.

SUTTER-LUCCIONI(S) sindrom (1948) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CARENŢĂ DE AUTORITATE(S) sindrom — Vol. I ; C. 102 ; p. 498.

TALAMO-HIPOTALAMO-RUBRIC(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. IV ; T. 45 ; p. 495.

TALAMOPERFORAT(S) sindrom (SAGER) — manifestări psihice — Vol. IV ; T. 46 ; p. 495.

TAPIA(S) sindrom — manifestări clinice — Vol. IV ; T. 65 ; p. 497.

TARDIEU-SILVERMAN(S) sindrom — sin. SILVERMAN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPIL MALTRATAT(S) sindrom — Vol. I ; C. 648 ; p. 633.

TARGOWLA(S) sindrom — sin. SINDROMUL DEPORTAŢILOR — Vol. IV ; T. 73 ; p. 498.

TAYBI(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. IV ; T. 94 ; p. 503.

TEMPORAL(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. IV ; T. 148 ; p. 520.

TERRY-Mc. LAHLAN-LOWE(S) sindrom — sin. BICKEL-LOWE(S) sindrom ; OCULO-CEREBRO-RENAL FANCONI(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LOWE(S) sindrom — Vol. II ; L. 342 ; p. 1 075.

THERSIL(S) sindrom — sin. ACROCEFALIE ; HIPSICEFALIE ; OXICEFALIE ; PIRGOCEFALIE ; TURICEFALIE ; „CRÂNE DE THERSIL" — Vol. IV ; T. 256 ; p. 557.

TOURAINE(S) sindrom — sin. LENTIGINOZĂ CENTROFACIALĂ NEURODISTROFICĂ — Vol. IV ; T. 403 ; p. 606.

TOXIC DE ALERTĂ(S) sindrom — „avanscena" sindromului neuroleptic malign — Vol. IV ; T. 406 ; p. 607.

TRAUMATIC POSTVIOL(S) sindrom („Rape Trauma Syndrome") — Vol. IV ; T. 487 ; p. 647.

TRIPLU SINDROM BEHÇET(S) — sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET(S) sindrom ; GILBERT-BEHÇET(S) sindrom ; OCULO-BUCO-GENITAL(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHÇET(S) sindrom — Vol. I ; B. 115 ; p. 389.

TRISOMIA D (TRISOMIA D 13—15)(S) sindrom — sin. PATAU-SMITH-HERMANN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PATAU(S) sindrom — Vol. III ; P. 269 ; p. 399.

TRISOMIA 21(S) sindrom — sin. ACTOMIMIE ; DOWN(B) boală ; SÉGUIN(B) boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANGDON-DOWN(S) sindrom — Vol. II ; L. 38 ; p. 1 018.

TURNER(S) sindrom — manifestări psihice — Vol. IV ; T. 631 ; p. 682.

TURNER MASCULIN(S) sindrom — sin. NOONAN-SUMMITT(S); PSEUDO-TURNER(S) PTERYGIUM COLLI LA BĂRBAŢI(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NOONAN(S) sindrom — Vol. III ; N. 350 ; p. 270.

TURNUL DIN PISA(S) sindrom — diskinezie post tratament NL — Vol. IV ; T. 633 ; p. 682.

ULLRICH-BONNEVIE(S) sindrom — sin. PTERYGIUM(S) sindrom ; STATUS ULLRICH-BONNEVIE ; ULLRICH-BONNEVIE-GEERTRUYDEN(S) sindrom — Vol. IV ; U. 8 ; p. 686.

UŞĂ ROTATIVĂ(S) sindrom — („revolving door syndrome") — Vol. IV ; U. 61 ; p. 701.

VACANŢĂ(S) sindrom — sau „refuzul de a crede că te poţi şi odihni" — Vol. IV ; V. 2 ; p. 704.

VAIL(S) sindrom — sin. NEVRALGIE PAROXISTICĂ (orbitară sau auriculară) — Vol. IV ; V. 13 ; p. 706.

VALIZĂ$^{(S)}$ *sindrom* — sau „a veni pentru... a pleca" (HILLEL, DHOUIB, 1980) — Vol. IV ; V. 26 ; p. 708.

VALLERY-RADOT-ALAJOUANINE-HORTON$^{(S)}$ *sindrom* — modificări neurovegetative — Vol. IV ; V. 30 ; p. 708.

VAN GOGH$^{(S)}$ *sindrom* — sau „sindromul automutilării dramatice" — Vol. IV ; V. 38 ; p. 710.

VAQUEZ$^{(S)}$ *sindrom* — elementele subiective ale aritmiei extrasistolice — Vol. IV ; V. 40 ; p. 710.

VATELL$^{(S)}$ *sindrom* — decompensare bruscă post eşec profesional — Vol. IV ; V. 54 ; p. 714.

VEGETATIV-ENDOCRIN$^{(S)}$ *sindrom* — (E. CURTIUS, K. H. KRUGER — Vol. IV ; V. 64 ; p. 716.

VENTRICULUL III$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice — Vol. IV ; V. 71 ; p. 717.

VERGER-DÉJERINE$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice — Vol. IV ; V. 88 ; p. 720.

VERNET$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice — Vol. IV ; V. 92 ; p. 720.

VILLENEUVE$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ IEPURE$^{(S)}$ sindrom — vol. II ; I. 60 ; p. 411.

VINCENT-ALAJOUANINE$^{(S)}$ *sindrom* — asocierea semnelor Argyll-Robertson şi Parinaud — Vol. IV ; V. 140 ; p. 729.

VINOVĂŢIA SUPRAVIEŢUITORULUI$^{(S)}$ *sindrom* — reacţia la supravieţuire (calamitate, cuplu) — Vol. IV ; V. 145 ; p. 729.

VORONOV$^{(S)}$ *sindrom* — formă de epilepsie infantilă — Vol. IV ; V. 219 ; p. 749

WAARDENBURG$^{(S)}$ *sindrom* — debilitate mintală, surditate, hipertelorism — Vol. IV ; W. 1 ; p. 751.

WALKER-DANDY$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice (1919) — Vol. IV ; W. 5 ; p. 751.

WALLENBERG$^{(S)}$ *sindrom* — sin. RETROOLIVAR$^{(S)}$ sindrom ; SINDROM LATERAL AL BULBULUI — Vol. IV ; W. 8 ; p. 752.

WALTER BUEL$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice (1951) — Vol. IV ; W. 10 ; p. 752

WARFARINIC FETAL$^{(S)}$ *sindrom* (DI SATA — 1966) — Vol. IV ; W. 14 ; p. 753.

WARTENBERG$^{(S)}$ *sindrom* — tip de echivalenţă depresivă (LOPEZ, 1973) — Vol. IV ; W. 15 ; p. 753.

WEBER-DIMITRI$^{(S)}$ *sindrom* — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; KALISCHER$^{(S)}$; KRABBE$^{(S)}$; LAWFORD$^{(S)}$; SCHIRMER$^{(S)}$; STURGE$^{(S)}$; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE$^{(B)}$ boală — Vol. IV ; S. 1 018 ; p. 441.

WEIL-ADIE$^{(S)}$ *sindrom* — variantă a sindromului pseudotabetic — Vol. IV ; W. 30 ; p. 755.

WEIZSÄCKER$^{(S)}$ *sindrom* — sin. METAMORFOPSIE — Vol. IV ; W. 35 ; p. 756

WELT$^{(S)}$ *sindrom* — tip de „moria" (1887) — Vol. IV ; W. 37 ; p. 756.

WERNER$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice — Vol. IV ; W. 40 ; p. 756.

WERNICKE$^{(S)}$ *sindrom* — tip de pseudodemenţă isterică — Vol. IV ; W. 44 ; p. 757.

WEST$^{(S)}$ *sindrom* — sin. BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ ; GIBBS$^{(B)}$ boală ; TICURI DE REVERENŢĂ (MARCHAND) — Vol. IV ; W. 48 ; p. 758.

WHITMAN$^{(S)}$ *sindrom* — „extremă violenţă inexplicabilă" — Vol. IV ; W. 54 ; p. 760.

WIAG$^{(S)}$ *sindrom* — sau „cînd nu voi mai fi" — Vol. IV ; W. 56 ; p. 760.

WICHMANN$^{(S)}$ *sindrom* — distonie vegetativă — Vol. IV ; W. 57 ; p. 760.

WILMS$^{(S)}$ *sindrom* — deficit mintal cu numeroase malformaţii — Vol. IV ; W. 62 ; p. 761.

WINDSCHEID$^{(S)}$ *sindrom* — manifestări psihice (1901) — Vol. IV ; W. 67 ; p. 762.

WINKLE (van) RIP$^{(S)}$ *sindrom* — „străin într-o lume străină" — Vol. IV ; W. 69 ; p. 762.

WOOD-NORMAN$^{(S)}$ *sindrom* — formă de idioţie amaurotică — Vol. IV ; W. 76 ; p. 763.

„*X*" *FRAGIL*$^{(S)}$ *sindrom* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AARSKOG$^{(S)}$ sindrom — Vol. I ; A. 2 ; p. 8.

„*XXY*"$^{(S)}$ *sindrom* → ABERAŢIE CROMOZOMIALĂ — Vol. I ; A. 22 ; p. 15.

ZANG-WILL$^{(S)}$ *sindrom* — sumum de elemente apraxo-agnozice (1950) — Vol. IV ; Z. 4 ; p. 770.

ZAVILEANSKAIA$^{(S)}$ *sindrom* — nevoia de asigurare a adolescentului schizofren (1956) — Vol. IV ; Z. 7 ; p. 771.

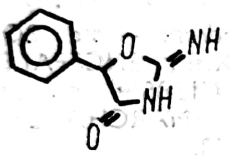
ZELLWEGEN(S) sindrom — sin. H. H.(S) (HIPOTONIE, HIPOGONADISM) ; H.H.O.(S) (HIPOTONIE, HIPOMENȚIE, OBEZITATE) ; H.H.H.O.(S) (HIPOTONIE, HIPOMENȚIE, HIPOGONADISM, OBEZITATE) ; PRADER-LABHARDT-WILLI-FANCONI(S) ; PRADER-WILLI(S) ; PRADER-WILLI-LABHARDT(S) sindrom — Vol. IV ; Z. 17 ; p. 772.

ZELLWERGER(S) sindrom — descris de P. BOWEN (1964) — Vol. IV ; Z. 18 ; p. 772.

ZIEWE(S) sindrom — manifestări psihice și organice în alcoolism gama (1958) — Vol. IV ; Z. 33 ; p. 775.

ZINGERLE(S) sindrom — gen particular de automatoză — Vol. IV ; Z. 35 ; p. 775.

575. **SINDROMIDA(M)** Argentina — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice. Indicațiile generale sînt cele ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.



576. **SINE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ID.

577. **SINECTICĂ** (cf. gr. *synektikos* „care include mai multe lucruri, cuprinzător") ● Ansamblu de metode de creativitate, ce se pot folosi în orice domeniu de activitate. Termenul aparține psihologului și inginerului american W. GORDON („Sinectica" — 1961, „Calea metaforică" — 1971). Principiile fundamentale ale sinecticii, după GORDON, sînt :

- creația tehnico-științifică și creația artistică nu se deosebesc fundamental ;
- inspirația se produce ca fenomen de intersecție a imaginației cu o anume temă (sau problemă), putînd fi stimulată și organizată, provocată și canalizată ;
- metafora, ca instrument esențial în creație, reprezintă produsul intersecției unor imagini, produs cu valoare „generativă".

Sinectica stimulează și dirijează activitatea mintală spontană, folosind asociațiile libere de idei. Sinectica se practică în grupuri alcătuite din persoane cu profesii diferite (grupuri interdisciplinare) ; discuțiile sînt libere, recomandîndu-se ca vehicularea conținuturilor, a ideilor, imaginilor, reprezentărilor legate de o anume problemă să fie cît mai necenzurată, mai directă. Grupurile numără 10—12 membri ; se aleg persoane cu vîrste, profesii, preocupări și structuri diferite. Etapele parcurse de un grup de lucru sînt următoarele :

- enunțarea problemei (delimitarea problemei, formularea ei) ;
- distorsionarea, în mod deliberat, a temei sau a problemei (diferite expuneri asupra problemei, bazate pe diferitele modalități de înțelegere a acesteia de către membrii grupului) ;
- aplicarea problemei, formularea unor variante, a unor modalități cît mai diferite de realizare practică.

GORDON apreciază că etapele de lucru revin la faptul că un subiect este tratat în trei „limbaje" diferite :

- limbajul „formal", inițial delimitat ;
- limbajul „liber", implicînd distorsiuni, modificări, perspective variate ;
- limbajul „aplicat", presupunînd reorganizarea și retraducerea problemei într-o variantă în care ea este realizabilă.

Libertatea gîndirii, asociațiile libere în sinectică sînt asigurate de un ansamblu de recomandări-reguli și anume :

- analogii forțate (aplicarea regulilor dintr-un domeniu în alt domeniu) ;
- anularea unor legi sau reguli prin considerarea lor ca eronate (obiectul fenomenul, problema sînt scoase de sub legile care le guvernează) ;
- provocarea imaginației la inventarea unor fapte, fenomene, legi, cărora li se acordă atributul de validitate/realitate.

Sinectica operează prin contrarii, considerîndu-se că productivitatea contrariilor este creatoare. Sinectica operează deci prin paradox, prin reducerea neobișnuitului la familiar, prin exprimarea unor puncte de vedere divergente referitoare la același subiect (ședințe de dezbatere cu caracter sinectic), prin elaborări imaginative fără interdicții (elaborări pentru care sînt solicitate persoane profane, fără prejudecăți științifice), prin căutarea unor soluții care, aparent, au cel mai mic grad de probabilitate. În mod frecvent, liderul unei echipe de specialiști care folosesc metodele sinecticii este un psiholog, specialist în sinectică.

O metodă tipic euristică, în sinectică, este metoda cuplurilor aleatorii, constînd în reunirea unor elemente (imagini, cuvinte) diferite : elemente stabilite (date) și elemente aleatorii, alese de participanți, în această alegere intervenind și inconștientul participanților. Există o anumită asemănare între sinectică și „brainstorming", sinectica fiind însă o disciplină bine delimitată, avînd un ansamblu de metode constituite. Metodele sinecticii s-ar putea aplica în grupurile de formare profesională (în special asociațiile libere pe o temă dată, metoda cuplurilor aleatorii, metoda punctelor de vedere divergente sau metoda avocatului; metoda soluției cu cel mai mic grad de probabilitate sau metoda detectivului).

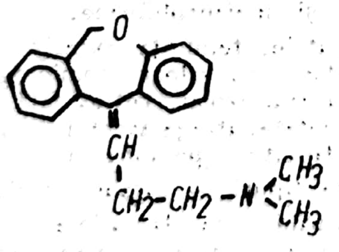
578. **SINEMET**$^{(MC)}$ Ungaria. ● Produs antiparkinsonian, compus din două medicamente tipizate : LEVODOPA$^{(M)}$ și CARBIDOPA$^{(M)}$. Are avantajul diminuării dozei de levodopa cu 60—70%. Mecanismul său de acțiune constă în decarboxilarea extracerebrală a levodopei de către carbidopa, obținîndu-se astfel niveluri plasmatice ridicate ale primei.

Este indicat în sindroamele parkinsoniene, cu excepția celor induse medicamentos. Efectul se constată asupra rigidității, bradikineziei, uneori asupra tremurăturilor, disfagiei, sialoreei.

Nu se administrează în cazuri de glaucom, tratament concomitent cu antihipertensive, ganglioplegice sau psihotrope, bolnavilor avînd în antecedente convulsii sau mișcări involuntare severe, în timpul unui tratament cu levodopa.

Nu se indică bolnavilor cu afecțiuni somatice decompensate și în timpul sarcinii. Nu se administrează concomitent cu IMAO, fiind necesară o pauză de cel puțin două săptămîni.

579. **SINEQUAN**$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Olanda, Portugalia, SUA — DCI *Doxepin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat benzoxepinic de tip N,N-dimetildibenz/b, e/oxepin-$\Delta^{11(6H)}$γ — propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie, fiind apreciat de unii autori drept un bun anxiolitic cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN$^{(M)}$.



580. **SINERGIE** (cf. *sin-* ; gr. *ergon* „acțiune") ● Termen care în neurologie desemnează un tip de contracție concomitentă, coordonată, a mai multor grupe musculare neantagoniste, cu rol în desfășurarea mișcărilor reflexe sau voluntare.

Utilizat în psihologie, termenul se referă la desfășurarea unor acte sau procese în mod concomitent și corelativ ; prin extensie, este utilizat și în legătură cu relația dintre orice tipuri de acțiuni convergente. Farmacologic, prin sinergism se înțelege amplificarea, din punct de vedere al duratei sau intensității, a efectelor unui drog în urma administrării concomitente a altui drog. Sinergismul farmacologic poate fi aditiv, în cazul în care efectul administrării celor două droguri însumează efectele lor izolate, sau se poate produce cu potențare, atunci cînd efectul rezultant depășește suma efectelor izolate ale celor două droguri. Potențarea, la rîndul ei, poate fi directă, atunci cînd acțiunea drogurilor se exercită în același sens, dar prin mecanisme diferite, sau indirectă, atunci cînd unul dintre droguri suprimă o acțiune antagonistă.

Sinergismul farmacologic poate fi explicat prin modificările vitezei de absorbție, ale distribuției tisulare a drogurilor, ale depozitării sau eliminării drogurilor sau prin modificări de sensibilitate a receptorilor față de drogurile administrate. Un exemplu clasic de sinergism este cel realizat de alcool : consumat atît de subiecții alcoolici, cît și de nealcoolici, acționează sinergic cu multe droguri psihotrope în efectul lor deprimant asupra sistemului nervos central.

581. **SINERGIE DE EFICIENȚĂ/SINERGIE DE MENȚINERE** → FACILITARE ; FACILITARE SOCIALĂ.

582. **SINESTALGIE** (cf. *sin-* ; gr. *algos* „durere") ● Prezența senzației de durere în altă zonă decît cea lezată. Fenomenul, descris de SOUQUES în 1915 este o transpunere pe planul durerii a fenomenului de sinestezie.

583. **SINESTET**$^{(M)}$ Chile ● Tranchilizant anxiolitic, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT$^{(M)}$ România.

584. **SINESTEZICE**$^{(H)}$ **halucinații** — sin. COMBINATE$^{(H)}$ halucinații ; REPERCUSIVE$^{(H)}$ halucinații ● Halucinațiile descrise sub acest nume de MAYER GROSS, interesînd simultan mai mulți analizatori : bolnavul „vede" și „aude" personajele, „simte" mirosul

unor parfumuri etc. Apar în patologia organică, în intoxicații cu substanțe halucinogene, în timpul deprivării senzoriale etc.

Unii autori nu diferențiază acest tip de halucinații de halucinațiile multisenzoriale.

585. **SINESTEZIE** (cf. *sin-* ; gr. *aisthesis* „senzație") — sin. SENZAȚIE SECUNDARĂ (STODDART) ● Asocierea senzațiilor proprii unui analizator cu senzații caracteristice altor analizatori, care nu au primit un stimul direct.

Excitația unui analizator suferă o modulație determinată de alt analizator. Cortexul asociativ joacă un rol important în producerea fenomenului de sinestezie : senzațiile tactile, termice, gustative etc. pot fi însoțite de senzații de culoare numite fotisme ; verbocromia desemnează apariția senzațiilor colorate la auzul unor anumite cuvinte. STODDART descrie și fonisme (senzații secundare auditive), olfactisme (senzații secundare olfactive), gustatisme (senzații secundare gustative) etc.

586. **SINESTRON$^{(M)}$** Mexic — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant derivat benzodiazepinic de tip 7-cloro-(0-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativă, anxiolitică și miorelaxantă. Nu se administrează în timpul sarcinii.

587. **SINFORIL$^{(M)}$** Franța — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-(p-clorofenil)-3-metil-2,3-butandiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă ; este considerat un bun tranchilizant de zi.

588. **SINGULAR** (cf. lat. *singularis* „singur, izolat, unic") ● Categorie ontologică, strîns corelată cu generalul și cu particularul, care desemnează entitățile individuale.

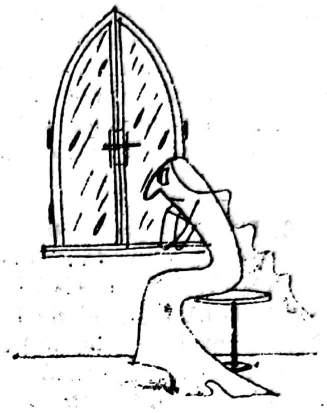
589. **SINGURĂTATE** — sin. SOLITUDINE ● Stare sau sentiment proprii individului care trăiește retras, izolat.

Starea de singurătate poate fi determinată obiectiv, în cazul unei existențe lipsite de contacte umane, de relații interpersonale multiple, așa cum apare în cazul izolării impuse de anumite profesiuni, situații sociale, vîrstă etc.

Starea de singurătate obiectivă poate avea sau nu consecințe patologice în sfera psihică.

Starea de singurătate trebuie delimitată de sentimentul de singurătate, care se traduce ca trăire dureroasă a lipsei de comunicare afectivă reală sau ca insatisfacție a gradului de comunicare cu mediul.

Atunci cînd există posibilitatea obiectivă de stabilire a contactelor interumane, nerealizarea comunicării determină apariția sentimentului de singurătate care, adesea, conduce la tendința de izolare. Dependența, imaturitatea, exigențele afective sînt anterioare opțiunii pentru existența solitară. Se pot face diferențieri între singurătatea obiectivă și subiectivă, asumată și impusă.



Existența solitară asumată intențional sau instalată accidental poate avea caracter temporar sau definitiv. Atîta timp cît este dorită și este limitată în timp, singurătatea este ușor de suportat și poate fi chiar reconfortantă. Cînd se instalează brutal în viața individului, prin decesul partenerului sau în cazul destrămării familiei prin divorț, singurătatea antrenează nu numai schimbarea stilului de viață, ci și modificări în dinamica psihismului. Acestea pot fi superficiale și tranzitorii (simptome nevrotice subclinice) sau pot evolua spre afecțiuni psihice bine circumscrise. Sentimentul singurătății este trăit dramatic atît de copilul abandonat și internat într-un cămin-orfelinat, cît și de adultul părăsit definitiv de partener sau de copii. Neadaptarea la noul statut de „solitar" poate împinge la reacții suicidare. Sentimentul de singurătate (din care derivă ideile depresive de inutilitate și ineficiență, trăite dureros, deși nefondate obiectiv) are un grad mare de periculozitate în psihozele depresive și melancoliforme.

În psihiatrie, tendința excesivă spre existența solitară are valoare semiologică : acest mod de a trăi izolat, retras față de familie sau de societate, atrage atenția fie asupra unui deficit adaptativ (personalități dizarmonice de diferite tipuri — astenic, schizoid — și postprocesualii), fie la adolescent, asupra unui debut discordant → ABANDON, IZOLARE.

590. **SINISTROZĂ** (cf. lat. *sinister* „sting. defavorabil") ● Termen introdus de BRISSAUD în 1908, pentru a defini un delir paranoiac de revendicare, determinat de „o interpretare

eronată a legilor", care poate apărea în cazul invalizilor de război sau a accidentaţilor cu o structură de personalitate premorbidă particulară.

POROT desemnează prin acest termen starea psihică a unor accidentaţi care exagerează impotenţa funcţională, uneori minimă, şi manifestă tendinţe revendicative din ce în ce mai mari, urmărind avantaje materiale. Este un amestec greu de cuantificat, de calcul material, de preocupări hipocondriace, de conversie pitiatică şi autosugestie.

În timp, tulburările se pot agrava.

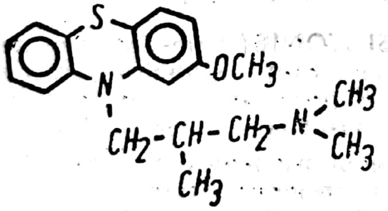
Se descriu mai multe forme clinice :

- forma hipocondriacă ;
- psihoza de revendicare ;
- sinistroza paranoiacilor.

591. **SINKINEZIE** (cf. *sin-* ; gr. *kinesis* „mişcare") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SINCINEZIE.

592. **SINKRON**$^{(M)}$ Italia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină citidină 5'-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă ; practic, nu are efecte simpaticomimetice.

593. **SINOGAN**$^{(M)}$ Spania — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (-)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică, valenţe antidepresive şi anxiolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de LEVOMEPROMAZIN$^{(M)}$.



594. **SINOPHENIN**$^{(M)}$ Germania — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) şi antiemetică ; este util în tratamentele de întreţinere a psihozelor cronice şi în stările psihopatoide.

595. **SINOPSIE** (cf. *sin.-* ; gr. *opsis* „vedere") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AUDIŢIE COLORATĂ.

596. **SINPRAXIE** (cf. *sin-* ; gr. *praxis* „acţiune") ● Sincinezie de aspect particular, constînd în imposibilitatea subiectului de a exercita acte complexe fără participare simetrică a hemicorpului opus părţii care face mişcarea utilă.

597. **SINQUAN**$^{(M)}$ Elveţia, Germania ● Antidepresiv timoleptic, derivat benzoxepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DOXEPIN$^{(M)}$ România.

598. **SINSELPIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenţei unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

599. **SINTALITATE** (cf. fr. *syntalité*) ● Noţiune introdusă de R. CATTELL în 1950, pentru a defini totalitatea însuşirilor psihosociale comune şi caracteristice unui anumit grup de persoane, care conferă grupului individualitate. Noţiunea este echivalentă cu cea de personalitate la nivel individual şi defineşte trăsături ale grupului care nu constituie o simplă reuniune a trăsăturilor membrilor lui.

Printre componentele de bază ale sintalităţii unui grup se află : munca în comun, sentimentele dintre membrii grupului şi ale grupului faţă de alte grupuri, perseverenţa în învingerea greutăţilor, realismul, capacitatea de analiză şi decizie. Sintalitatea unui grup poate influenţa personalitatea, comportamentul unui individ, cu atît mai mult, cu cît individul are o personalitate mai slabă.

Există o intercorelare între structura personalităţii unui individ şi apartenenţa sa, prin opţiune, la un anumit grup, dar este dificil de apreciat proporţia influenţei grupului asupra structurii individului, faţă de structura de personalitate anterioară apartenenţei la grupul respectiv.

600. **SINTAMIL**$^{(M)}$ India — DCI *Sintamil* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10-/3-(dimetilamino)propil/-2-nitrodibenz/b, f/-/1,4/oxazepin-11(10H)-onă, cu acţiune antidepresivă medie şi valenţe anxiolitice. Se bucură de o bună toleranţă.

601. **SINTEZĂ** (cf. gr. *syn* ; *thesis* „aşezare") ● Operaţie mintală şi metodă ştiinţifică de cercetare a fenomenelor, constînd în trecerea de la particular la general, prin sistematizarea integratoare a unor cunoştinţe dobîndite analitic ; în timp ce analiza conduce la cunoaşterea unor componente izolate, prin sinteză se realizează o viziune ştiinţifică integrală asupra obiectului reflecţiei, a conexiunilor şi atributelor esenţiale care îl definesc.

În psihopatologie, dereglări ale operației de sinteză se întîlnesc în tulburările de ansamblu ale gîndirii, de valorizare a judecăților și raționamentelor.

În oligofrenii și demențe, capacitatea de sinteză este afectată fie prin nedezvoltare, fie prin deteriorare progresivă a întregului proces de gîndire, în grade diferite.

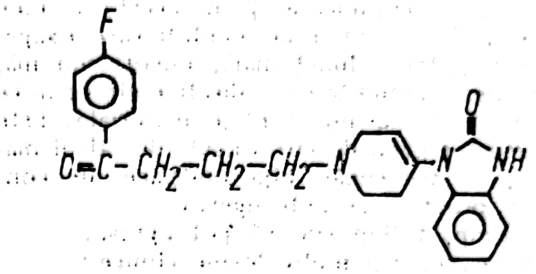
În schizofrenie, sinteza este distorsionată în cadrul gîndirii dereistice a autistului, care-l separă de realitatea obiectivă, situîndu-l într-o „realitate" subiectivă, simbolică și incomprehensibilă. Verigile lanțului asociativ sînt comprimate sau dilatate, mai multe noțiuni putînd fi condensate în una singură sau putînd fi legate între ele prin elemente secundare și nesemnificative. Operațiile analitic-sintetice ale gîndirii sînt generate de o anume motivație, sînt orientate spre un scop, ambele (motivația și scopul) aparținînd lumii subiective a schizofrenului și purtînd amprenta absurdului și incomprehensibilității. Sinteza, ca, de altfel, întreaga gîndire a schizofrenului, se raportează la un sistem axiologic propriu, caracterizat prin „pierderea contactului vital cu realul", constituindu-se într-un ansamblu paradoxal, ilogic, străin și impenetrabil.

În sindromul maniacal, sinteza suferă (în cadrul întregului aspect cognitiv) din cauza deficienței de unificare a cunoștințelor dobîndite analitic. Rapiditatea efectuării operațiilor analitic-sintetice, determinată de comutarea și schimbarea rapidă a motivațiilor și scopului, precum și „hazardul" care guvernează întregul proces de efectuare a conexiunilor logice, la care se adaugă dismnezoprosexia caracteristică acestui sindrom, conturează aspectul de sărăcire calitativă (în ciuda aparentei bogății) noțională, în gîndirea maniacalului.

În gîndirea psihoticului cu delir cronic sistematizat, operația analiză-sinteză se efectuează „țintit" spre scopul delirant, avînd motivația patologică a gîndirii paranoiace. Sinteza, ca și analiza, devin rigide, perseverînd în același sistem cu aparență logică, neputînd fi comutate spre alte scopuri. Ele servesc argumentării și construirii sistemului delirant rigid și impenetrabil.

602. **SINTOCLAR**$^{(M)}$ Italia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SINKRON$^{(M)}$ Italia.

603. **SINTODIAN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Droperidol* ● Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic de tip 1-/1-/3-(p-fluorobenzoil)propil/-1,2,3,6-tetrahidro-4-piridil/-2-benzimidazolinonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică marcată și antiemetică superioară CLORPROMAZINEI. Efectele secundare sînt de tip neuroleptic incisiv, adăugîndu-li-se și hipotensiunea → BUTIROFENONE.



604. **SINTOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *sinein* „a fura, a face rău" ; *phobos* „frică") ● Teama de a nu aduce un prejudiciu altei persoane ; formă rară de fobie întîlnită la personalități psihastenice, în delirurile sistematizate cu conținut mistic.

605. **SINTONIC-EGO** (cf. *sin-* ; gr. *tonos* „tensiune") ● Eul care funcționează la unison cu ambianța, stabilind relații armonice cu obiectele din jur. Este vorba de Eul echilibrat, degajat de mecanismele de apărare nevrotice. Și personalitatea dizarmonică poate realiza un Ego sintonic, atunci cînd trăsăturile sale de inadaptabilitate nu sînt considerate ca indezirabile de către individ (SPITZER și colab., 1987) → EU, MECANISME DE APĂRARE A EULUI ; NEVROZĂ ; PERSONALITATE DIZARMONICĂ.

606. **SINTONIE** (cf. *sin-* ; gr. *tonos* „tensiune") ● Tip de constituție psihică, caracterizată de BLEULER prin comunicarea afectivă armonioasă și nuanțată a subiectului cu ambianța.

Termenul mai semnifică, după POROT, unitatea și armonia intrapsihică. Un subiect sinton este vesel într-o ambianță veselă, trist într-o ambianță tristă. Constituie o structură psihică predispusă la psihoza maniaco-depresivă.

Termenul comportă unele discuții determinate de încercarea unor autori de a-l considera sinonim cu CICLOIDIE și CICLOTIMIE, fapt care după opinia noastră nu concordă cu realitatea, deoarece :

- termenul de CICLOID/CICLOIDIE se referă, în opinia lui KAHN, K. SCHNEIDER și GUREVICI, la un tip de dizarmonie corespunzător celui de timopat/timopatie; care s-a impus mai bine și este mai utilizat ;
- termenul de CICLOTIM/CICLOTIMIE a fost introdus de KAHLBAUM, în 1882, în accepțiunea sa fiind o formă ușoară a psihozei maniaco-depresive.

Considerăm — în aceste condiţii — că în nici un caz nu se poate pune semnul egalităţii între : SINTONIE, CICLOIDIE şi CICLOTIMIE.

607. **SINUCIDERE** (cf. fr. *suicide* : vezi lat. *sui* „de sine, pe sine" ; *caedere* „a ucide") — sin. AUTOAGRESIUNE ; AUTOKIRIE ; AUTOLIZĂ ; SUICID ● Acţiune premeditată de suprimare a propriei vieţi ; premeditarea se poate opri la stadiul de intenţie nerealizată (dorinţă nematerializată faptic, tentativă eşuată) sau poate deveni fapt împlinit. Deşi contravine instinctului de conservare, fenomenul a apărut odată cu umanitatea şi a fost prezent în toate civilizaţiile, nu numai ca o conduită patologică, ci şi ca o manifestare înscrisă în sfera largă a normalităţii. Termenul de suicid a fost folosit pentru prima dată în 1737 de către DESFONTAINES.

BIBERI consideră că sinuciderea trebuie privită sub o triplă incidenţă, biologică, psihologică şi socială, ca „un act care presupune devierea unuia dintre instinctele cele mai puternic înrădăcinate ale structurii biologice". Sensul sinuciderii, după acelaşi autor, ar fi de „negaţie şi catastrofă", întrucît ea revine la o negare a instinctului vital într-un moment existenţial resimţit de persoană ca dramatic şi fără o altă ieşire (de exemplu, aflarea diagnosticului unei boli incurabile, care generează nu numai suferinţă, ci şi sentimentul transformării subiectului dintr-un om activ, într-un infirm ; considerîndu-se inutil, o povară pentru familie şi societate, el găseşte în suicid singura soluţie de evitare a suferinţei). Deşi la prima vedere ar părea paradoxal, s-a observat că rata sinuciderilor scade în situaţii limită — calamităţi naturale, război, prizonierat. Explicaţia ar consta în faptul că, în aceste situaţii, pe lîngă creşterea sentimentului de coeziune umană, pe prim plan se înscrie lupta pentru supravieţuire, instinctul de autoconservare devenind preponderent.

Sinuciderea, ca fenomen, nu este strict legată de o cauză izolată, decît în aparenţă ; ea cumulează un întreg complex biografic. Actul reprezintă o decizie liberă, în care individul are capacitatea de a alege între toate marile sensuri ale destinului (SZONDI), aici intrînd şi alegerea morţii.

Ca act autodestructiv definitiv, sinuciderea a fost analizată de diferiţi autori în funcţie de numeroase criterii ; s-au luat în consideraţie aspectul libertăţii şi aspectul etic, aspectul psihiatric şi cel social, aspectul ereditar şi aspectul profund pulsional.

DURKHEIM (1897) abordează problema din punct de vedere sociologic. El consideră sinuciderea un fenomen constant, pe care nu îl explică numai ca act individual, bazîndu-şi interpretarea pe un studiu statistic sistematizat şi aducînd două mari argumente : solidaritatea suicidului cu faptele sociale şi epidemiile suicidare sau curentele suicidogene. Definind sinuciderea ca orice moarte care survine imediat sau mediat, în urma unui act pozitiv sau negativ produs de un subiect în scopul morţii sale, DURKHEIM apreciază condiţiile provocatoare de sinucidere ca determinate de două caracteristici principale ale vieţii colective : integrarea membrilor societăţii într-un ansamblu unitar şi acţiunea reglatoare a societăţii exercitată asupra conduitelor şi sentimentelor membrilor săi.

DURKHEIM stabileşte trei categorii de sinucidere :

- sinuciderea egoistă (individul îşi raportează propria personalitate la nivelul colectivităţii ; este vorba de un exces de individualizare ce rupe legătura persoanei cu societatea şi, prin extensie, cu viaţa) ;

- sinuciderea altruistă (apare ca o datorie în anumite societăţi, de exemplu în societăţile primitive, în care integrarea se extremizează pînă la absolutizare ; persoana se sacrifică scopurilor sociale ; în societăţile moderne, asemenea grupuri puternic integrate ar fi armatele) ;

- sinuciderea anomică (specifică mediilor industriale în perioade de criză economică sau politică, provocînd o dislocare anarhică a grupului social).

HALBWACH va face ulterior (1930) noi statistici, căutînd să grupeze și să continue rezultatele lui DURKHEIM. El consideră că elementul esențial care determină sinuciderea este modul de viață, tipul de civilizație. Acesta trebuie apreciat în funcție de numărul ocaziilor oferite indivizilor pentru a intra în relație unii cu alții ; raporturile individuale, indiferent de natura lor, sînt susceptibile de a provoca acte suicidare. Cu cît se multiplică relațiile persoanei cu mediul său, cu atît crește probabilitatea ca persoana să se găsească în situații susceptibile de a incita în conștiința sa motive individuale pentru a-și produce moartea. Astfel, în concepția sociologică asupra fenomenului sinuciderii, societatea este cea care deține forța maximă în ceea ce privește actul deliberativ al membrilor ei.

Din perspectivă psihiatrică, A. DELMAS (1932) distinge între pseudosinucidere și sinucidere veritabilă. Din prima categorie fac parte :

- morțile accidentale ;
- reacțiile sinucidare confuze (demență) ;
- sinuciderea prin constrîngere (sacrificiul impus sclavilor) ;
- sinuciderea care scapă individul de o durere sau de o postură defavorabilă, sinuciderea „etică" (din rațiuni morale), în care moartea este, într-un fel sau altul, impusă, fără ca persoana să aibă propriu-zis dorința de a muri, ci de a scăpa de o anumită realitate.

În a doua categorie — sinuciderea veritabilă — individul simte dorința de moarte, optează pentru moarte în deplină libertate, fără vreo obligație etică sau de altă natură. Deoarece omul este guvernat, din punct de vedere biologic, de instinctul de conservare (tendință naturală și spontană ce determină imperios efortul păstrării integrității ființei), rezultă că sinuciderea veritabilă vine în opoziție cu instinctul de conservare, fiind, deci, o anomalie, o manifestare patologică. Se vorbește, în acest caz, despre „voință" în alegerea sinuciderii („la volonté de disparaître"), care caracterizează adevărata conduită suicidară.

DESHAIES (1947) consideră că sinuciderea nu este provocată de un singur factor, ci reprezintă un comportament specializat, ca oricare altă atitudine umană, cu un determinism multiplu. H. EY (1950) face distincție între sinuciderea sociogenică, manifestată în cazuri normale, și sinuciderea patologică, implicînd stări de anormalitate. Ideea de sinucidere, după H. EY, realizează o legătură profundă între dorința morții proprii și dorința morții celuilalt.

Concepția psihanalitică (FREUD, FRIEDMAN, GARMAN, SZONDI) consideră ca factor central în etiologia sinuciderii relația dintre pulsiunea autoagresivă și cea heteroagresivă (se sinucide acea persoană care, inconștient, dorește moartea cuiva). FREUD leagă sinuciderea de starea de melancolie, pe care o definește, din punct de vedere psihanalitic, ca fiind o depresie profundă și dureroasă, în care încetează orice interes pentru lumea exterioară, cu pierderea capacității de a iubi, datorită diminuării sentimentului (stimei) față de sine („Deuil et mélancolie" — 1910) ; această depresie generează autoînvinuiri, autoinjurii, toate cu semnificații autodistructive, mergînd pînă la desființarea persoanei de către ea însăși. La baza melancoliei, FREUD pune existența a trei condiții : pierderea obiectului, ambivalența și regresiunea libidoului Eului. Astfel, subiectul pierde obiectul investiției sale libidinale, libidoul fiind obligat să renunțe la legăturile care există între el și obiect. Melancolicul, fără a avea conștiința acestei pierderi, este în permanență trist, avînd o diminuare importantă a sentimentului (stimei) de sine și complăcîndu-se în această stare ; autoînvinuirile și autodistrugerea reprezintă, de fapt, denigrarea și învinuirile adresate obiectului pierdut. Prin identificarea cu obiectul, învinuirile se deplasează de la obiect la subiectul însuși ; eliberat de obiectul de investiție, libidoul nu se deplasează spre alt obiect, ci se retrage în Eu ; identificarea agresivă cu obiectul angajează un proces (sau revine la un mecanism) pe care FREUD îl va numi mai tîrziu introiecție și pe care SZONDI (1952) îl va relua în teoria sa despre analiza destinului.

Introiecția se realizează în cazul în care există o puternică fixație asupra obiectului, dar o slabă rezistență a investiției libidinale. Eul nu se poate restructura de așa manieră încît să deplaseze energiile libidoului asupra altui obiect, de aici rezultînd o dificultate a alegerii obiectuale, care regresează spre narcisism. Pierderea obiectului dezvăluie fenomenul de ambivalență. Aceasta constă în existența, în cadrul unei relații (în special cea erotică), a două componente majore (dragostea și ura), prima fiind conștientă, a doua inconștientă. Prin pierderea obiectului, componenta negativă (ura) este eliberată și se refugiază în Eu care are tendința la autodistrugere

Eul nu se poate distruge în virtutea unei returnări a investiţiei libidinale obiectale decit dacă se tratează el însuşi ca obiect, dacă este capabil să întoarcă spre el însuşi ostilitatea îndreptată spre obiect (ostilitatea reprezintă reacţia primitivă a Eului împotriva lumii exterioare).

Studiul asupra melancoliei a fost reluat de K. ABRAHAM şi Melanie KLEIN. K. ABRAHAM stabileşte un număr de factori a căror interacţiune ar duce la manifestările specifice depresiei melancolice :

- un factor constituţional, constind nu atit în ereditate, cit într-o întărire a erotismului oral ;
- fixaţia libidoului la stadiul oral (alimentaţia, activitatea masticatorie fiind o sursă de bucurie) ;
- lezarea severă a narcisismului infantil prin privaţiuni repetate faţă de obiectul iubit, fapt ce determină sentimentul abandonului ;
- redeşteptarea primei decepţii erotice severe (dinaintea controlării dorinţelor oedipiene) ; pulsiunile sadic-orale nefiind complet stinse, se stabileşte o asociaţie durabilă între complexul Oedip şi baza canibalică a dezvoltării libidoului ; repetarea acestei decepţii în viaţa ulterioară va produce, în această concepţie, melancolia.

K. ABRAHAM vorbeşte despre „disforia originară“ (rezultind din complexul Oedip), manifestată printr-o stare de tristeţe în timpul copilăriei. Incapabil de o dragoste deplină, finită, dar şi de o ură fără margini, copilul are un sentiment (o trăire) de disperare ; în cursul vieţii el încearcă realizarea unei investiţii obiectale reuşite, dar eşecurile repetate îi creează o stare de spirit care echivalează cu repetarea disforiei originare pînă la o extremizare a acesteia, astfel încit persoana se impregnează cu un dispreţ total faţă de ea însăşi, cu tendinţa la autoinjosire, fiind, în acelaşi timp, copleşită de un orgoliu tradus prin faptul că îşi consideră sentimentul de ură atit de puternic încit se simte vinovată de toate crizele şi nedreptăţile omenirii. Intervine aici jocul unui narcisism cu dublu sens, pozitiv şi negativ, care se poate finaliza într-o tentativă de sinucidere.

Melanie KLEIN vorbeşte de o relaţie profundă care ar exista între depresie şi paranoia, relaţie care îşi află expresia în două faze succesive, cu originea în primele stadii libidinale (oral şi anal) : faza paranoidă sau anxietatea persecutorie şi faza melancolică sau anxietatea depresivă. Simultan cu dorinţa de a încorpora obiectul există teama de a fi încorporat (distrus) de obiect, ceea ce provoacă dorinţa de a distruge obiectul, caracteristică stării paranoide ; această dorinţă antrenează însă teama de obiect şi, deci, dorinţa de a-l întregi (restaura), caracteristică melancoliei. Între teama de a fi distrus şi teama de a distruge, persoana trăieşte un conflict interior care conduce, în ultimă instanţă, la autodistrugere.

SZONDI defineşte „sindromul suicidal“, în care se pot regăsi cele trei condiţii ale lui FREUD (pierderea obiectului, ambivalenţa şi regresiunea libidoului Eului). Persoana realizează (după SZONDI) un ataşament ireal faţă de un obiect deja pierdut, pierdere pe care o respinge, menţinind fixaţia la obiect, ajungind la o stare de izolare şi solitudine. Eul manifestă tendinţe vindicative şi agresive faţă de obiectul care l-a abandonat ; acest obiect nemaiexistind, Eul reîntoarce agresivitatea asupra lui însuşi, de aici rezultind, ca soluţie, tentativa de sinucidere. Aceasta se mai poate produce şi în cazul ruperii unei uniuni dualiste (concept relaţional preluat de SZONDI de la Imre HERMAN). Uniunea dualistă este o relaţie profundă extrem de strinsă, caracterizată prin dependenţă mutuală reciprocă şi avind la bază o tendinţă de securizare (sau de sprijin) ; de obicei, un asemenea gen de relaţie se stabileşte între persoane cu strinsă parentalitate pulsională sau cu structuri pulsionale complementare. Un partener joacă rolul de tutore sau protector (trebuinţă activă), iar celălalt joacă rolul supusului, al protejatului (trebuinţă avidă de a fi susţinut). Partenerul activ poate dori la un moment dat relaxarea acestei legături şi se poate chiar detaşa. În aceste condiţii, cel abandonat poate face o boală psihică (o descărcare genotropică) sau poate avea o tentativă de sinucidere. Partenerul activ (cel care abandonează) este supus aceluiaşi risc, întrucit el se va simţi culpabil, va fi torturat de obsesii şi de idei de autoacuzare ; astfel, şi la el ieşirea din stres, trăirea conflictuală îşi poate găsi expresia în tentativa de sinucidere.

Studiile întreprinse la noi în anii 1972—1974, pe baza investigaţiei proiective (cuplul psihodiagnostic Rorschach-Szondi) asupra persoanelor cu tentative de suicid nereuşite, au relevat următoarele cauze ale alegerii suicidului ca soluţie :

- deficienţa unor modalităţi de integrare socială, specifice persoanei în cauză ;
- frecvenţa unor tipuri de relaţionare interpersonală, care stimulează suicidogeneza ;
- reactualizarea opoziţiei fundamentale între instinctul vieţii şi instinctul morţii

(opoziţie care susţine caracterul dramatic al existenţei individuale) în funcţie de modalităţile de angajare a persoanei ;

- dezvoltarea unei orientări autolitice specifice la persoana în cauză ;
- modul de satisfacere a contactului subiect-obiect, cu dublă condiţionare : internă şi externă ;
- conjugarea factorilor nativi, constituţionali, cu factorii dezvoltării individuale, într-un context afectiv motivaţional frustrant ;
- configuraţia specifică a dinamicii pulsionale ;
- rolul unor evenimente sociale care alcătuiesc cadrul de apariţie şi întreţinere a comportamentului suicidar sau cu semnificaţie autodistructivă.

Din perspectiva psihiatriei clinice, sinuciderea reprezintă o manifestare apărută la debutul afecţiunii psihice sau în cursul evoluţiei ei. Din acest punct de vedere, psihiatria îşi propune profilaxia acestui comportament, evaluarea riscului suicidar al diferitelor afecţiuni şi evitarea repetării tentativelor suicidare. Pe lîngă suicidul propriu-zis, soldat cu moarte, în comportamentul suicidar sînt incluse şi :

- tentativa suicidară, actul suicidar ratat, a cărui frecvenţă este de 3—5 ori mai mare decît a suicidului propriu-zis ;
- veleitatea suicidară, care reprezintă o dorinţă tranzitorie de autodistrucţie, cu proiecţia teoretică a actului, fără punerea sa în practică, dorinţa fiind generată numai de încărcătura afectivă de moment ;
- afirmaţii şi acţiuni avînd ca scop şantajarea anturajului în vederea obţinerii unui anumit beneficiu ; deşi caracterul lor teatral este evident, ele trebuie totuşi luate în consideraţie şi necesită măsuri pentru prevenirea trecerii la act, care, „din greşeală", ar putea reuşi (intenţia subiectului nefiind de a se omorî, ci de a dovedi că este capabil să o facă) ;
- echivalenţe suicidare — moduri de comportament implicînd un risc de care subiectul este conştient (conducerea imprudentă a automobilului, refuzul alimentar şi terapeutic, toxicomania etc.) ;
- suicidul colectiv, care poate îmbrăca trei aspecte :
  - — fiecare partener se poate sinucide separat (ceea ce, după HENYER, nu ar trebui considerat suicid colectiv) ;
  - — bolnavul reuşeşte să-şi convingă partenerul (partenera) să-l „urmeze în moarte" ;
  - — omorul altruist în care bolnavul (bolnava) îi omoară pe cei dragi pentru a-i „salva" (de exemplu, mama care se sinucide după ce îşi omoară copiii) ;
- suicidul postagresional ; constituie uneori urmarea crimelor pasionale, în care criminalul se sinucide fie pentru a se autopedepsi, fie ca un simbol al sacrificiului.

Frecvenţa reală a sinuciderilor şi a tentativelor de sinucidere este greu de stabilit, mai ales din două motive : cel care a efectuat o tentativă nereuşită nu recunoaşte intenţionalitatea gestului ; această intenţionalitate nu este recunoscută de anturaj sau de autoritatea responsabilă.

Statisticile actuale reliefează faptul că, în timp ce tentativele suicidare sînt mai frecvente la femei (5 femei/1 bărbat), suicidul propriu-zis este mai frecvent la bărbaţi (5 bărbaţi/1 femeie). Sub vîrsta de zece ani, actul suicidar este o eventualitate extrem de rară (cel mai frecvent, la vîrsta copilăriei este vorba de accidente neintenţionale). Suicidul urmează o curbă ascendentă pînă la 60 de ani pentru femei şi pînă la 70 de ani pentru bărbaţi. Se pare că frecvenţa ar atinge un maxim în perioada crizelor biologice : adolescenţă, menopauză etc. Ultimele decenii înregistrează o creştere a numărului sinuciderilor, mai ales la femei, în ţări ca Danemarca, Suedia, Elveţia, Franţa, unde suicidul ocupă locul al şaselea pe lista cauzelor de deces ; în Finlanda şi Germania ocupă locul al şaptelea, iar în SUA şi Canada este a zecea cauză majoră a exitusului. Studiul statistic efectuat de Institutul de Neurologie şi Psihiatrie din Bucureşti estimează o frecvenţă a suicidului în ţara noastră de 14/100 000 de locuitori. După unele studii, se estimează că fiecărei sinucideri reuşite îi corespund 5—6 tentative, iar după altele — 6—8 sau 10 sinucideri la 15 tentative nereuşite.

Cauzele incriminate în favoarea actului suicidar sînt diverse şi de importanţă variabilă. Fără a se putea face afirmaţii certe, s-a apreciat că factorii fizici — de presiune atmosferică, încărcătură electromagnetică — au o acţiune favorizantă asupra trecerii la actul suicidar. Tot cu caracter ipotetic, fără o argumentaţie ştiinţifică, sînt incriminaţi şi factorii demografici (densitatea populaţiei) sau tipul predominant de activitate socială : în mediul rural sînt mai frecvente sinuciderile reuşite, în mediul urban sînt mai frecvente tentativele suicidare.

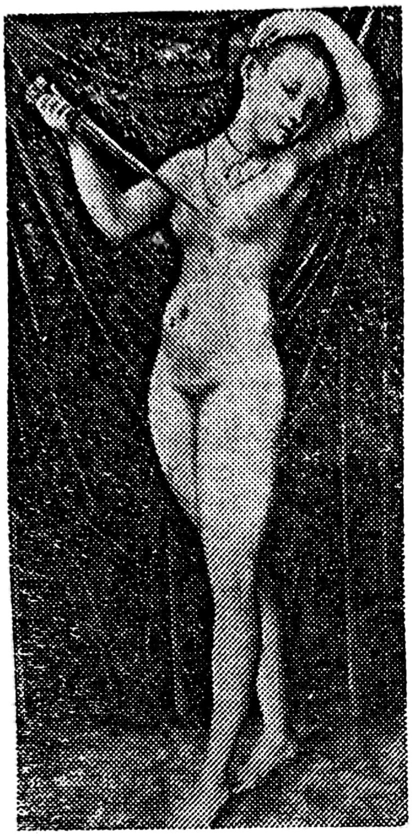
Deşi există multiple tentative de a configura un „profil" caracteristic de personalitate care ar favoriza trecerea la acte suicidare, rezultatele sînt neconcludente.

Cu toate că în antecedentele colaterale ale sinucigaşului pot fi găsite cazuri similare, nu se poate vorbi totuşi de o ereditate suicidară (afirmată de RITTI în 1884), ci mai curînd de „familii de sinucigaşi", familii cu organizare defectuoasă, traumatizantă şi psihopatizantă. Reliefarea, la sinucigaşi, a unor trăsături ca impulsivitatea, labilitatea afectivă, emotivitatea etc. nu este nici ea concludentă ; există o multitudine de indivizi care pot fi caracterizaţi prin aceste trăsături şi care totuşi nu recurg la autoliză. Trecerea la act poate fi favorizată de o serie de factori psihotraumatizanţi : eşecuri profesionale sau sentimentale, dezonoare etc. Nici despre nivelul intelectual nu pot fi făcute afirmaţii categorice : sinucigaşii prezintă nivele intelectuale diferite, de la cel mai scăzut (demenţi, oligofreni) la cel mai înalt.

O anumită importanţă o au însă factorii sociali care favorizează comportamentul suicidar. Este acreditat faptul că sinuciderile sînt mai frecvente la văduve şi celibatari decît la cei căsătoriţi, la cei care nu au copii decît la cei care au. Afirmaţia că există anumite profesiuni care sînt expuse unui risc crescut (medici, militari, studenţi) pare a fi arbitrară, pentru că nu profesiunea în sine constituie factorul de risc, ci psihotrauma, eşecul profesional care poate surveni în oricare meserie, factorul de risc fiind legat mai mult de individ decît de profesiune. Un important factor social incriminat istoriceşte în favorizarea sau defavorizarea comportamentului suicidar este religia. Excluzînd sinuciderile cu caracter de sacrificiu religios la populaţiile primitive, factorul rasial poate fi incriminat ca favorizant numai dacă este corelat cu factorii climaterici, dar mai ales cu cei religioşi, culturali, sociali. Astfel, s-a constatat că la protestanţi şi evrei sinuciderile sînt mai frecvente decît la catolici. Acest lucru a fost explicat încă din 1897 de către DURKHEIM, care a arătat că sinuciderile sînt mai rare în acele grupuri etnice unde există o puternică coeziune a indivizilor (catolicii au coeziune caracteristică grupărilor minoritare). Dacă la primitivi şi chiar la unele popoare civilizate (de exemplu, japonezii), dogmele religioase încurajau suicidul cu caracter religios, religia creştină îl consideră „un păcat" ce contravine dogmelor, un fel de „pact cu diavolul", dispreţuindu-i şi excomunicîndu-i „post-mortem" pe sinucigaşi din sînul bisericii.

Evenimentele social-economice pot juca un rol cu două sensuri diferite : fie prin crearea unei anxietăţi suicidogene (criza economică din 1939 care a declanşat o adevărată epidemie de sinucideri la New York), fie prin revigorarea instinctului de conservare (războiul). Mass media poate avea acelaşi dublu rol : factor de îmbunătăţire a coeziunii umane, a integrării sociale (prevenind tendinţele suicidare) sau de difuzare a exemplelor care să accentueze tendinţa la desocializare, la izolare.

Factorul incriminat cel mai frecvent, greu de evidenţiat însă în biografia subiectului, este cel psihopatologic. Se cunoaşte cu certitudine că există stări psihopatologice care conferă subiectului o predispoziţie mai mult sau mai puţin accentuată de a trece la actul suicidar. Cea mai citată entitate patologică incriminată ca favorizantă a sinuciderii este depresia. KIELHOLZ afirmă (1963) că „dorinţa de moarte survine la orice depresiv", iar HELD (1963) că „un raptus suicidar poate surveni atît într-o depresie psihotică cît şi într-o depresie nevrotică gravă". HENDIE ţinea să accentueze că rata suicidului este în strînsă corelaţie cu structura temperamentului : „în ţările nordice, unde puterea de încărcare şi rezonanţă afectivă este mai discretă, suicidul este mai rar". Cea mai favorabilă stare de elaborare a ideilor de autoliză este depresia melancolică, în care trăirea dureroasă a culpabilităţii, dezonoarei, autoacuzării, atinge apogeul durerii morale. Suicidul poate marca debutul afecţiunii sau poate constitui punctul culminant al melancoliei anxioase şi stuporoase, apărînd ca un raptus brutal, în care subiectul se poate folosi de orice mijloc găsit la îndemînă pentru a-şi suprima viaţa. Şansele de reuşită cresc, pentru că ideea sinuciderii la depresivul melancolic este îndelung elaborată, premeditată şi disimulată, actul fiind îndeplinit cu calm şi seninătate, cu sentimentul că reprezintă unica soluţie salvatoare. În melancolie abundă de asemenea conduitele reprezentînd echivalenţe suicidare, concretizate în refuzul alimentaţiei, al tratamentului, în automutilare. Depresia melancolică este cadrul morbid în care poate apărea şi dramaticul „omor altruist" sau „heterosuicidul", în care bolnavul, după ce omoară (uneori după refuzul unei „invitaţii" la o sinucidere comună) persoanele dragi, se sinucide. El este convins că numai aceasta poate fi soluţia de salvare pentru cei dragi faţă de primejdiile, ameninţările şi dezonoarea la care îi crede expuşi în virtutea delirului său. Ideea sinuciderii este prezentă în depresii la debut, continuă în timpul evoluţiei şi persistă chiar în timpul periculoasei „cozi a depresiei". Dacă la debut și în perioada de stare trecerea la actul suicidar este împiedicată de existența inhibiției, după instituirea tratamentului antidepresiv, care „ridică" această frînă, și înaintea instalării unei ameliorări importante a timiei, trecerea la act devine posibilă.



Carnach

În stările nevrotice bine tolerate pînă la un moment dat, o exacerbare depresivă poate determina, în funcție de structura și organizarea mecanismelor de apărare, trecerea la actul suicidar. Alteori însă apar numai preocupări suicidare, de tip obsesiv. Sînt întîlnite și situații cînd trecerea la actul suicidar poate fi favorizată de fenomene de identificare și imitare.

Existența potențialului suicidar în depresie impune evaluarea de către medicul psihiatru a riscului suicidar care, după RINGEL (1953) și KIELHOLZ (1956) poate fi estimat în funcție de indicii oferiți de bolnavi și de boală și indicii oferiți de mediu. Din prima categorie fac parte :

- prezența suicidului în familie sau în mediul de viață al bolnavului, care ar putea acționa ca un factor sugestiv ;
- tentativă anterioară de suicid ;
- modul în care se descrie eventualul suicid ;
- vise autodistructive, catastrofale ;
- refuzul bolnavului de a discuta despre eventualitatea suicidului.

Indicii oferiți de boală se referă la :

- perioada de început sau sfîrșit a fazelor depresive ;
- anxietatea însoțită de agitație ;
- rigiditate afectivă și agresivitate ;
- sentimente grave de autoacuzare și inutilitate ;
- crize biologice : perioada puerperală, pubertate, climax ;
- insomnie de lungă durată ;
- boli somatice cronice cu caracter incurabil, alcoolism, toxicomanii.

Indicii oferiți de mediul ambiant se referă la :

- dizarmonie familială în timpul copilăriei ;
- pierderea contactului interuman (izolare, decepții) ;
- lipsa unei activități sistematice.

După DESHAIES, 10% dintre sinucigași sînt schizofreni și 10% dintre schizofreni pot comite tentative suicidare ilogice, nemotivate sau motivate prin delir. Comportamentul autoagresiv poate fi uneori primul semn al bolii. În cursul evoluției schizofreniei, tentativa suicidară caracterizată prin bizar, enigmatic, discordanță, poate apărea în cursul unui episod anxios, ca raptus care întrerupe brutal o stare catatonică, sau în cadrul unui delir paranoid. Tentativa poate surveni și în perioada de remisie a bolii, fie din cauza criticii pe care bolnavul o capătă asupra bolii, generînd depresia, fie ca rezultat al dificultății și uneori al imposibilității reinserției sociale.

În stările confuzo-onirice toxice și infecțioase, încărcătura anxioasă și onirismul terifiant pot favoriza trecerea la actul suicidar (DESHAIES găsește o frecvență destul de mare — 1/6).

În delirurile paranoide, conduita suicidară este extrem de rară, numai ca urmare a unor halucinații imperative care-l determină pe bolnav la sinucidere, fie ca act de protest împotriva persecutorului, fie ca sacrificiu religios. Unii autori sînt de părere că nu există sinucigași paranoizi, cazurile astfel considerate fiind de fapt depresivi greșit etichetați (MICHAUX).

Epilepsia poate cuprinde toată gama comportamentelor suicidare, de la impulsiunea suicidară conștientă, pînă la actul automat confuzo-oniric. Suicidul poate apărea în contextul depresiei reactive a unui bolnav de epilepsie, căruia îi este imposibil să se obișnuiască cu acest statut (dat fiind stigmatul cu care secole de-a rîndul societatea a marcat epilepticul). Tulburările psihice intercritice pot avea în corolarul lor și conduita de șantaj suicidar.

În demențe, ca act intențional și deliberat, suicidul apare mai ales în perioada de debut a bolii, cînd bolnavul mai are încă critica necesară evaluării pantei dezastruoase pe care a început să alunece. Trecerea la act este favorizată de stările depresive cu idei de culpabilitate, inutilitate și incurabilitate. În perioada de stare, tentativele se răresc considerabil, deoarece bolnavul nu mai are critica de la început, dar și pentru că „ideile delirante se pierd în masa demenței".

În toate tipurile de nevroze (în afara stărilor depresive nevrotice) se pot observa următoarele conduite suicidare:

- obsesia suicidară urmată extrem de rar de trecerea la act, în nevroza obsesivă;
- tentativa suicidară cu caracter teatral, în nevroza isterică;
- materializarea dorinței de adormire în nevroza fobică cu lungi perioade de insomnie etc.

În toxicomanie, conduita suicidară îmbracă mai multe aspecte: fie este vorba de o conduită de șantaj pentru obținerea drogului, fie este rezultatul instalării stării depresive secundare consumului abuziv sau sevrajului, fie apare ca manifestare a unui episod psihotic acut sau subacut (delirium, predelirium).

În cadrul dizarmoniilor de personalitate, șantajul suicidar constituie o practică frecventă la isterici, instabili. Trecerea la act se face în cadrul unei decompensări depresive sau anxioase.

La debilii mintal actul suicidar poate interveni fără nici o justificare aparentă, reprezentînd, mai ales la imbecili și idioți, o simplă automutilare.

Leziunile organice ale sistemului nervos central (vasculare, canceroase, traumatice, infecțioase, scleroza în plăci, encefalitele) pot condiționa apariția actului suicidar prin instalarea depresiei reactive.

Mijloacele prin care se realizează sinuciderea sînt variate: traumatice (folosind diverse arme sau precipitări de la înălțime, ardere, strivire etc.), asfixia prin spînzurare, înec sau gaze și otrăvirea cu drogurile cele mai variate, începînd cu aspirina și terminînd cu cianura. Mijlocul este ales în funcție de posibilități, de experiența anterioară sau de mijloacele de mass media, de caracterul nedureros etc. Pentru subiecții care au acces la manipularea medicamentelor (cadre medicale și bolnavi internați care-și stochează medicamentele), mai frecventă este intoxicația medicamentoasă. Modalitatea în care bolnavul se sinucide este și ea încărcată de semnificații: melancolicul se spînzură, pentru că spînzurarea este considerată moartea cea mai dezonorantă și umilitoare, schizofrenii se defenestrează frecvent, în mod bizar etc.

● Profilaxia sinuciderii poate fi realizată prin trei moduri:

- prin intervenția anturajului, a familiei avizate de potențialul suicidar al bolii de care suferă subiectul;
- internarea de urgență, chiar împotriva voinței bolnavului, în momentul declanșării crizei;
- prevenirea recidivelor în cazul tentativelor nereușite.

Devine astfel evident că prevenirea suicidului este posibilă numai printr-o corectă estimare a riscului autolitic, atît la indivizii izolați, cît și la „grupurile" cu risc crescut. Această evaluare permite intervenția în timpul fazei de elaborare a actului, atunci cînd el este doar o idee, fază în care între dorința de a trăi și dorința de a muri există o luptă. Tensiunea anxioasă, secundară manifestării celor două tendințe opuse, facilitează uneori comunicarea (de unde succesul înființării unor posturi telefonice „de apel" în unele țări), permițînd o intervenție salutară.

Implicațiile medico-legale se referă la două situații: mascarea sinuciderii, astfel încît aceasta să pară un accident (slujind diferitelor interese ale familiei) sau mascarea unei crime, creînd aparența unei sinucideri (factor agravant pentru inculparea penală a criminalului).

În ceea ce privește măsurile legislative, acestea sînt variate de la o țară la alta: în timp ce în unele țări se acceptă „libertatea" individului de a alege între viață și moarte, în altele (Franța) legea pedepsește pe cel ce nu a intervenit la timp pentru a-l salva pe sinucigaș. Legislația engleză a considerat suicidul drept crimă pînă în 1961, cu toate consecințele penale rezultate din aceasta. Legislația medicală a țării noastre consideră depresia cu potențial suicidar drept o mare urgență psihiatrică, recomandînd internarea acestor pacienți în servicii specializate, chiar împotriva voinței lor.

608. **SINUCIDERE DE ABANDON** ● Act reacțional la un abandon real, care face viața subiectului insuportabilă, fie prin intensitatea suferințelor pe care le va avea de înfruntat, fie prin faptul că va fi silit să ducă o existență „incompatibilă cu sensul pe care el îl acordă demnității umane" (J. NICK și colab., 1965).

Acest tip de sinucidere apare observatorului ca un act perfect comprehensibil.

Cele trei categorii de subiecţi cu risc crescut pentru acest tip de sinucidere sînt :

- bătrînii, adesea izolaţi afectiv, cu dificultăţi financiare, care se agravează în timp, şi cu tulburări somatice sau psihice, care îi împiedică să-şi satisfacă vechile necesităţi şi să-şi obţină micile satisfacţii obişnuite. Perspectiva unei existenţe într-un spital de cronici sau într-un azil este considerată ca inacceptabilă de bătrîn, care se va considera o povară pentru societate ;
- bolnavii foarte grav sau incurabilii, la care se descrie un tip de sinucidere raţională, reacţie la boală (cancerosul, pentru care tratamentele se dovedesc ineficace şi care se simte abandonat de medic ; bolnavii cu algii intense, care nu sînt ameninţaţi de un prognostic vital nefavorabil, dar nu mai pot suporta durerile) sau la consecinţele acesteia (schizofrenul, epilepticul, care îşi dau seama, în perioadele intercritice, că sînt definitiv etichetaţi ; marii suferinzi, care sînt în imposibilitate de a mai lucra şi refuză condiţia de povară pentru familie şi societate) ;
- indivizii total abandonaţi pe plan afectiv.

Semnificaţia adevăratului suicid de abandon este, după L. BONNAFÉ (1955), aceea de unică ieşire posibilă dintr-o situaţie („o sinucidere de situaţie").

Sinuciderea de abandon ar fi intîlnită, după unii autori, în peste o zecime din tentativele de sinucidere. Importanţa factorului afectiv este deosebit de pregnantă ; depresia reactivă este constantă şi în multe cazuri s-a putut demonstra o insuficienţă a tratamentului antidepresiv. În cazul tentativelor nereuşite, recidivele sînt frecvente.

609. **SINUCIDERE LA ADOLESCENŢI** ● Problema reprezintă, în SUA şi în unele ţări europene şi asiatice, o preocupare majoră pentru organismele de sănătate publică şi pentru psihiatri, datorită locului trei pe care-l ocupă suicidul la vîrsta adolescenţei în ierarhia cauzelor de deces ale acestei etape biologice.

În studiile epidemico-clinice efectuate, psihiatrii americani au relevat gravitatea acestui fenomen, în continuă creştere în ultimii 25 de ani, în special pentru grupa de vîrstă 15—24 ani, avînd o bază extrem de diversificată, o cale finală comună, aparţinînd unei varietăţi de entităţi diagnostice.

P.C. HOLINGER (1979) evidenţiază două aspecte relevante ale problemei : pe de o parte epidemiile de suicid printre adolescenţii din şcoli, spitale psihiatrice şi unele grupuri sociale (cazul numeroaselor sinucideri înregistrate la tinerii din Europa, după prima publicare a „Suferinţelor tînărului Werther" de Goethe), pe de altă parte, diagnosticul clinic al tinerilor care au încercat sau au reuşit suicidul, observaţiile subliniind faptul că numai rareori aceştia puteau fi încadraţi în „normalitate". Majoritatea studiilor indicau la aceşti adolescenţi prezenţa simptomelor de depresie, anxietate sau a psihozei manifeste. ● Printre cauzele declanşatoare (sau din antecedente) pot fi menţionate conflictele cu părinţii, dificultăţile de relaţionare cu colegii, notele nesatisfăcătoare primite la şcoală sau sarcina nedorită.

Studiile epidemiologice americane au arătat că cifra sinuciderilor creştea semnificativ în perioada tranziţiei copilărie-adolescenţă, comparativ cu oricare alte etape ale existenţei (incriminîndu-se presupuşi factori intrapsihici negativi în adolescenţă sau existenţa în copilărie a factorilor de protecţie care erau ulterior înlăturaţi).

Se pune deci problema factorilor intrapsihici care apără, în general, adolescenţii de suicid.

Evaluarea riscului suicidar la adolescenţi comportă în primul rînd recunoaşterea semnelor care nu sînt întotdeauna manifeste de la prima vedere, a tendinţelor autodistructive. Nu numai tentativa suicidară, ci şi declaraţiile verbale pot reflecta tendinţa spre sinucidere. Modificarea bruscă a personalităţii, tendinţa la accidente şi izolare, vagabondajul, abuzul de droguri, promiscuitatea, fugile etc. — toate acestea reprezintă manifestări semnificative ale tendinţei la suicid, avînd valoarea unor „echivalenţe depresive". ● Alături de acestea, psihiatrul trebuie să cunoască climatul familial şi dinamica familiei respective — informaţii utile pentru a-l înţelege pe adolescent. Este importantă şi cunoaşterea unor eventuale tendinţe autodistructive anterioare ale tînărului subiect (răniri, accidentări), fără ca psihiatrul să-i sugereze acestuia noi idei în acest sens. Alt punct important al evaluării rămîne depistarea simptomelor unei psihoze, în care tentativa de suicid apare ca o consecinţă a producţiilor delirant-halucinatorii.

Diagnosticul diferenţial în cazul unui adolescent comportă destule dificultăţi, prin durata lungă pe care o necesită, dar şi prin destul de larga paletă de situaţii cu potenţial autodistructiv, care trebuie excluse : sindrom psihoorganic cerebral (psihoze alcoolice, infecții intracraniene, encefalite virale, tumori cerebrale, tulburări metabolice — diabet —, intoxicații medicamentoase) și psihozele (schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă), nevrozele și structurările dizarmonice ale personalității.

Tratamentul de care poate beneficia adolescentul cu risc suicidar depinde de rezultatele evaluării și ale diagnosticului diferențial pe care îl efectuează medicul psihiatru, fiind adaptat diagnosticului specific.

610. **SINUCIDERE „SAMSONICĂ"** (SINUCIDERE RĂZBUNĂTOARE) ● Tip particular de sinucidere, care ascunde dorința de a pricinui prin aceasta o suferință altcuiva.

Din punct de vedere clinic, în perioada presuicidară, subiectul este mai frecvent agitat, iritabil, decît depresiv. După unii autori, acest tip de sinucidere este expresia urii și a furiei pe care subiectul le nutrește față de alte persoane, care nu pot fi însă lezate decît în acest mod.

În unele societăți, sinuciderile samsonice (opuse sinuciderii anomice) au fost descrise ca o modalitate instituționalizată de expresie a unor relații interindividuale.

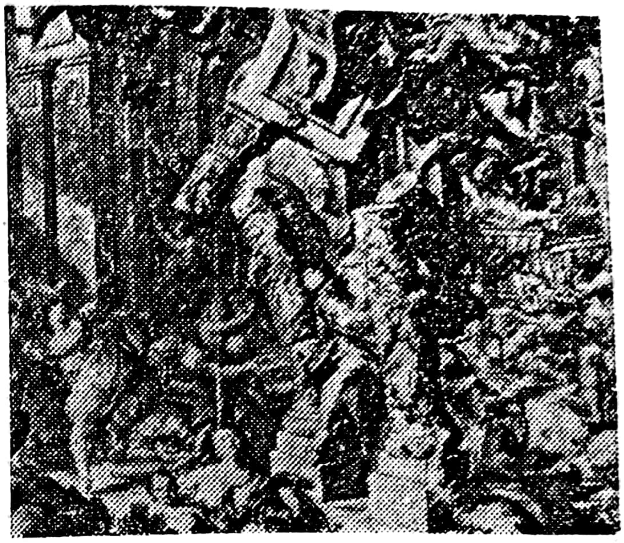
MURPHY deosebește trei subtipuri de sinucideri samsonice :

- cea care poate chema spiritele ;
- cea care cere sînge ;
- cea corectivă.

Fără să îmbrace un aspect psihotic (deoarece și alți membri ai societății respective împărtășesc credințe asemănătoare), sinuciderea care cheamă spiritele poate fi întîlnită la unele popoare din sudul și din estul Africii, ca și la alte popoare la care există credința în duhurile ce pot răzbuna moartea sinucigașului, pedepsindu-i pe cei care l-au împins la acest act.

Sinuciderea care are drept scop producerea sau continuarea unor răzbunări sîngeroase a devenit mai puțin frecventă în secolul nostru și se întîlnește numai la grupurile etnice în care „spălarea cu sînge" a unui ultragiu este o datorie de onoare. Sinucigașul urmărește provocarea unei reacții în lanț, moartea sa fiind dovada unui ultragiu deosebit de grav pe care l-a suferit de la persoane sau familii adverse.

Sinuciderea „corectivă" poate fi întîlnită numai la grupurile etnice la care există o puternică credință în justiția socială, precum și convingerea că o persoană sănătoasă mintal nu va comite un suicid decît dacă a fost nedreptățită sau abandonată de ceilalți. Principiile morale care stau la baza acestui tip de sinucidere (încurajat de tradițiile locale) necesită o atenție specială din partea psihiatrului care supraveghează o astfel de comunitate. A fost descrisă la populațiile din vestul Africii, Noua Britanie, ca și în alte societăți, în care acest comportament este instituționalizat drept „corectiv" al unor situații.



Așa-numitele sinucideri „eroice", în semn de protest, prin autoincendiere publică, întîlnite atît în societățile asiatice, cît și în cele occidentale (în deceniile al VI-lea și al VII-lea ale secolului nostru), pot fi apropiate prin scopurile lor de acest tip de sinucidere : corectarea unei situații sociale sau politice, de a cărei rezolvare victima nu mai putea beneficia.

Termenul, creat de JEFFREYS (1952), a fost inspirat de legenda biblică a lui SAMSON care, căzut pradă complotului pus la cale de filisteni, avînd complicitatea DALILEI, a prăbușit templul în care era judecat, peste judecătorii săi, sinucigîndu-se, dar răzbunîndu-se totodată.

611. **SINUCIDERE LA VÎRSTNICI** ● Observațiile întreprinse asupra actului suicidar la subiecții de peste 60 de ani au indicat, în opinia celor mai mulți autori, că acesta este majoritar în comparație cu tentativa suicidară.

În studiul întreprins de psihiatrul canadian J.M. SENOBUEHLER (1979), acesta atrage atenția asupra existenței în populația vîrstnică a unui grup cu risc înalt suicidar, ceea ce justifică investigații privind patogenia suicidului.

Ca și alți autori mai vechi (RINGEL, 1953), autorul citat consideră că starea presuicidară este prezentă în mod constant la toți subiecții care se sinucid, indiferent de diagnosticul psihiatric, fiind determinată de structura de personalitate respectivă. Starea presuicidară constă în evenimente exterioare și intrapsihice evocate și recunoscute de pacient ca factor de criză ce contribuie la tentativa de suicid.

Chiar dacă subiectul a prezentat de-a lungul întregii sale vieți tulburări de structurare a personalității, care au favorizat preocupări suicidare, el va invoca anumite evenimente în declanșarea și modul de exprimare a tentativei sale.

Pe de altă parte, există și factori pe care pacientul nu îi implică în mod conștient în tentativa sa, dar care pot fi considerați premergători suicidului, ca de exemplu tulburările de somn, stările depresive provocate de aniversările zilei de naștere. Se adaugă influențele mediului social, interpersonale, economice și cele determinate de criza existențială a subiectului.

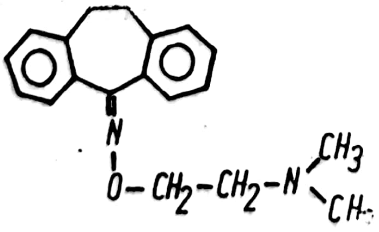
Se pare că starea presuicidară a fiecărui pacient reflectă propria structură psihopatologică, exprimată în mod distinct în perioada imediat premergătoare tentativei de suicid, marcată de stresul psihoemoțional.

În opinia lui J.M. SENOBUEHLER, componentele constante ale acestei stări ar consta în procese ideative, perceptive și comportamentale care cuprind: motivația (intenția de a muri), un eveniment aniversar, un proces de identificare, atitudinea față de sine și față de ceilalți, un „strigăt" de ajutor, și anumite aspecte psihologice cum ar fi: schimbarea dispoziției, tulburări de somn și resimțirea acută a suferinței. Aceste componente sînt considerate constante, deoarece, în absența uneia sau alteia dintre ele, conduita suicidară nu ar avea loc.

Tulburările consecutive sindromului cerebral organic contribuie, fără îndoială, la perceperea limitată a semnificației actului suicidar.

612. **SINUISOIDALĂ — stare** (cf. lat. *sinus* „curbură") — sin. LACUNAR(S) sindrom; STARE LACUNARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MARIE PIERRE(S) sindrom.

613. **SIPCAR(M)** Argentina — DCI *Noxiptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-5H-dibenzo/a, d/cicloheptan-5-onă 0-/2-(dimetilamino)etil/oximă, cu acțiune antidepresivă medie, fără efecte sedative. Are o bună toleranță. Nu se asociază cu IMAO; nu se administrează în deliruri acute și în intoxicații acute.



614. **SIPKOVENSCHI Nicola Spasov** (1906—1976) ● Psihiatru bulgar, care desfășoară o activitate de cercetare, cu rezultate originale, în domeniul psihiatriei judiciare, ca și al iatrogeniilor, cărora le dedică două lucrări (în 1938 și în 1965). Are, de asemenea, preocupări terapeutice în ceea ce privește psihoterapia de tip catarctic.

615. **SIPLAROL(M)** Italia — DCI *Flupentixol* ● Neuroleptic incisiv, derivat tioxantenic de tip 2-trifluorometil-9-/3-/4-(2-hidroxietil)piperazin-1-il/propiliden/tioxantenă, cu acțiune neuroleptic-incisivă, antidepresivă și anxiolitică; efectele secundare sînt moderate.

616. **SIQUALONE(M)** Suedia — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, în depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

617. **SIQUALONE DECANOAT(M)** Norvegia — DCI *Flufenazină decanoat* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PROLIXIN RETARD(M) Turcia.

618. **SIQUIL(M) Belgia, Elveția, Olanda, Spania** — DCI *Triflupromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-ă(trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și anxiolitică. Diminuează efectele L-dopa. Influențează reflexele conducătorilor auto.

619. **SISIF (SISYPHOS)** ● Personaj din mitologia greacă, fiu al lui Aiolos, rege al cetății Corinthus. Din motive (învinuiri) pe care textele antice le prezintă în variante diferite (dezvăluirea răpirii Aeginei de către Zeus, înlănțuirea morții în palatul său, mari crime), Sisif a fost pedepsit de zei să împingă în Hades o stîncă pe coasta unui deal; ajunsă aproape de vîrf, aceasta se rostogolea înapoi, SISIF reînnoindu-și perpetuu efortul, devenind astfel simbol al trudei zadarnice și fără de sfîrșit.

Spre deosebire de HOMER, unii autori îl prezintă ca un personaj perfid, lipsit de scrupule, crud.

Comentatorii mitului l-au interpretat fie ca simbolizare a soarelui (cu răsăritul şi apusul ciclic), fie a mareelor, fie a inventivităţii şi forţei inteligenţei umane, cu rol creator, omul putînd să subjuge universul şi să-şi impună legile sale proprii sau măcar aspirînd la aceasta şi sacrificîndu-se.

În limbaj curent, „muncă de Sisif" conotează aspectul zadarnic, lipsit de finalitate şi satisfacţie al unor activităţi umane, pe care subiectul le resimte ca impuse din afară, adeseori consecinţă a unei fatalităţi. O asemenea atitudine este frecventă în stările depresive.

620. **SISIF — reacţie** ● Epuizare datorată unei activităţi profesionale la care subiectul este nevoit să răspundă fără motivaţie şi fără participare afectivă, dublată de o viaţă de familie nefericită, monotonă, care poate genera afecţiuni cardiovasculare de tip psihosomatic de o gravitate deosebită (infarct miocardic) sau moarte subită.

Numele celebrului personaj mitologic pentru acest tip de reacţie psihosomatică a fost propus de autori americani (T. HACKETT, J. ROSENBAUM, N. CASSEM — 1985).

621. **SISTEM** (cf. gr. *systema* „ansamblu") ● Ansamblu de elemente între care se stabilesc legături relativ stabile, conferind întregului proprietăţi sui generis, ce nu pot aparţine elementelor izolate. Spre deosebire de însumările haotice, întîmplătoare, bazate de obicei pe raporturi de contiguitate spaţială, sistemele se definesc prin însuşirea fundamentală a integralităţii, pusă în evidenţă de emergenţa unor atribute specifice întregului, care rezultă din relaţiile reciproce între elementele asimilate. Aspectele definitorii ale oricărui sistem sînt componentele sale („suportul material"), ansamblul conexiunilor invariante dintre elemente (structura) şi transformările interne de stare ale sistemului, prin care acesta manifestă anumite proprietăţi, înscriindu-se pe o anumită linie de evoluţie în raporturile sale cu mediul (funcţionalitatea).

Sistemele pot fi încadrate în tipologii diverse :

- materiale (fizice, chimice, biologice, sociale) sau ideale (logico-matematice) ;
- naturale sau artificiale (tehnice) ;
- închise (pentru care condiţia ideală de conservare este absenţa legăturilor cu mediul, care exercită un rol dezintegrator) sau deschise (care nu pot subzista decît printr-un permanent schimb substanţial, energetic şi informaţional cu mediul).

O importanţă deosebită prezintă sistemele complexe cu autoreglare ; acestea îşi menţin stabilitatea configuraţiei de ansamblu printr-o permanentă echilibrare internă în raport cu influenţele variabile ale contextului, pe baza unor procese informaţionale şi a unui „comportament" activ, diferenţiat, care se autocorectează între anumite limite de adaptabilitate. Proprietăţile esenţiale ale sistemelor sînt cercetate de teoria generală a sistemelor, al cărei proiect şi problematică au fost formulate de L. von BERTALANFFY.

622. **SISTEM GAMA** ● Face parte din sistemul de control asupra executării mişcărilor voluntare, asigurînd organizarea şi modificarea etapelor tonice şi fazice ale sistemului efector. Acest sistem de control, reprezentat, în primul rînd, de cerebel, acţionează asupra eferenţelor motorii, influenţînd activitatea motoneuronilor alfa medulari şi, împreună cu formaţiunea reticulată, activitatea sistemului motoneuronilor gama medulari şi, deci, unităţile motorii. Sistemul gama medular intervine în menţinerea tonusului muscular, stare necesară motricităţii organismului. Se menţine astfel o anumită postură fixă, se realizează reflexele posturale şi mişcările fazice, motoneuronii gama intervenind mai ales în contracţiile musculare rapide.

Tulburări ale activităţii sistemului de control al motricităţii voluntare, alături de tulburări de echilibru, se întîlnesc în sindroamele apraxic, ataxic sau de discoordonare.

623. **SISTEM HORMOTIMIC** (cf. gr. *horme* „impulsiune" ; *thymos* „forţă, elan vital") ● Noţiunea are drept corespondent psihanalitic inconştientul, iar din punctul de vedere al psihologiei tradiţionale — activitatea instinctivă. W. Mc DAUGALL susţine că orice comportament este dirijat către un scop de către o forţă, un „horme" care stă la baza tuturor activităţilor unui subiect. Echivalentul acestui „horme" este, pentru SCHOPENHAUER, „voinţa de a trăi", pentru BERGSON, „elan vital", pentru JUNG, „libido" ; J. DELAY afirmă că această forţă propulsivă latentă rezultată din „horme" este instinctul, care realizează sinteza excitaţiilor interne cu cele externe, în sensul adaptării individuale. Instinctul formativ va determina ulterior, prin diferenţiere, sfera instinctuală şi a vieţii afective şi, pe de altă parte, sfera ce cuprinde orientarea şi cauzalitatea.

Plecînd de la aceste noţiuni, la care a adăugat timia, GUIRAUD elaborează teoria spectrului nervos al personalității sub cele două laturi ale sale : psihologică și anatomo-fiziologică.

Referitor la aspectul anatomo-fiziologic, GUIRAUD utilizează datele neurofiziologiei pentru a afirma unitatea funcțională pe care o reprezintă paleocortexul (sistemul limbic), talamusul și hipotalamusul, ca structuri implicate în realizarea comportamentelor corespunzătoare satisfacerii motivațiilor biologice vitale. Tot GUIRAUD apreciază rolul activator al substanței reticulare, ca fiind — sub aspect psihologic — dovada că subiectul „este viu".

Pe această bază neurofiziologică, el elaborează teoria sistemului hormotimic, cu rol dinamizator și avînd următoarele componente :

- hormică — aspect dinamic, ce caracterizează tendința de a satisface motivațiile biologice de tip primordial (foame, reproducere, apărare) ;
- timică — aspect care presupune apariția unor stări afective specifice, pozitive sau negative, în corelație cu activitatea instinctivă ;
- efectorie — aspectul dinamic propriu-zis, reprezentat de potențialul realizator al componentei considerate.

Același autor consideră că instinctul este numai aspectul izolat al acelui „horme", al elanului vital, al forței care dirijează adaptarea individuală. Aspectul timic, „dovada de a fi viu", are o latură bazală, primordială, numită coenotimie, globală, nespecifică, nuanțată de euforie sau anxietate, prin integrare permanentă în ambianța externă variabilă.

Aspectul efector al sistemului hormotimic este realizat de influențele activatorii sau inhibitorii ale acestuia asupra elanului vital, deci de rolul său reglator. Se poate spune deci, că sistemul hormotimic — atît din punct de vedere psihologic, cît și anatomo-fiziologic — constituie nucleul fundamental al activității psihice, pe care se va dezvolta și perfecționa personalitatea.

În această opinie, personalitatea conștientă, deși nu are un suport anatomic bine definit, este un ansamblu de elemente care stau la baza funcțiilor Eului conștient : constatare (conștiință), recunoaștere a unui eveniment psihic ca fiind propriu, delimitarea unității individuale organo-psihice față de lumea exterioară și adaptare, ca element de control și reglare a dinamicii primordiale.

Inteligența discriminativă, un alt sistem discutat de GUIRAUD, presupune complexul de elemente senzitive — senzațiile discriminative — strîns legate de schema corporală. Această inteligență, avînd ca suport anatomic girusul postcentral cortical, este unul dintre elementele pe care se bazează sistemul hormotimic.

Voința, decizia, „personalitatea morală și socială" sub aspectul simțului de răspundere și al demnității umane au ca suport anatomic neocortexul prefrontal.

Leziunile suportului anatomic al unuia dintre cele patru sisteme enumerate mai sus determină tablouri clinice diferite (de exemplu, afectarea hipotalamusului, a rinencefalului, ar putea explica aspectele clinice ale aurei epileptice temporale, ale crizelor de agresivitate etc.).

Preponderența funcțională a unuia dintre cele patru sisteme descrise de GUIRAUD ar putea constitui o bază pentru localizarea precisă a punctului de plecare al simptomatologiei psihopatologice (de exemplu, afectarea sistemului hormotimic poate sta la originea tulburărilor caracteristice maniilor, melancoliilor, hebefreniei ; leziuni ale girusului postcentral și ale ariilor prefrontale, pot fi cauza tulburărilor caracteristice confuziei mintale, demenței etc.).

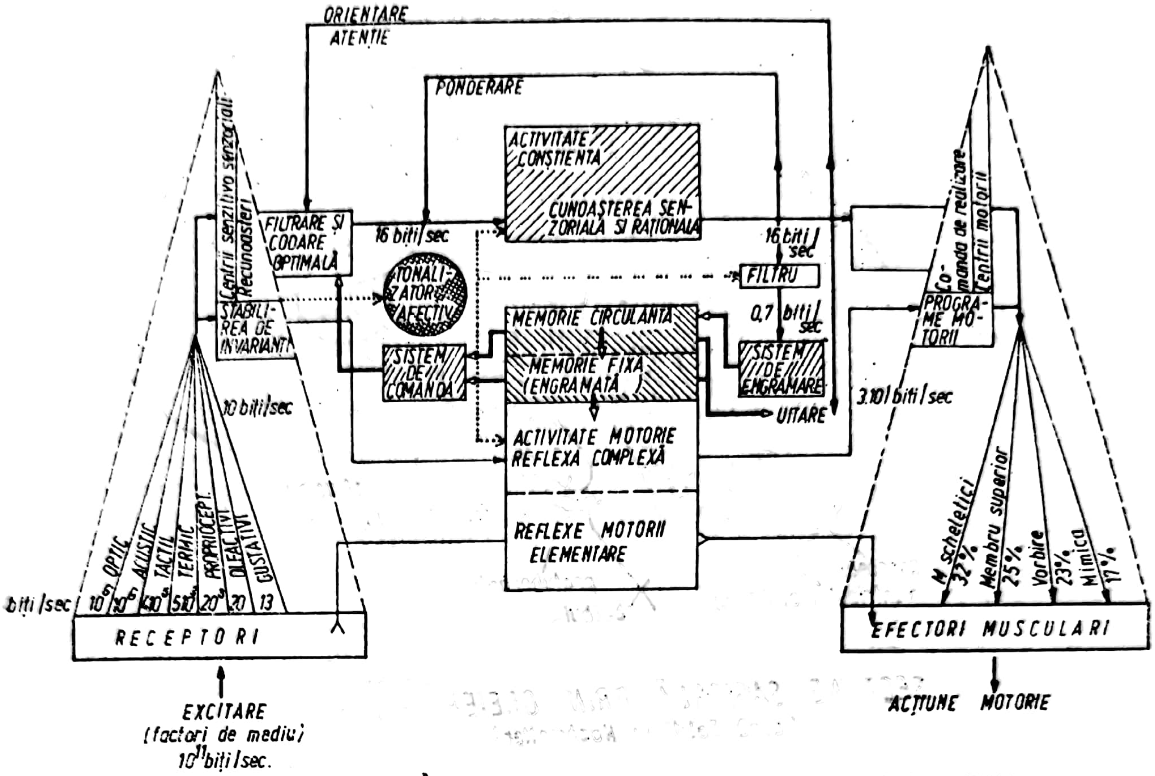
624. **SISTEM LIMBIC** (cf. lat. *limbus* „margine") ● Este constituit dintr-un ansamblu de structuri de origine telencefalică, formînd un inel pe fața internă a emisferelor cerebrale, în jurul joncțiunii acestora cu diencefalul. Modelat în timpul existenței de evenimentele și circumstanțele trăite de subiect, joacă un rol important în viața psihică. Este implicat în compararea informațiilor nou primite cu experiența anterioară și conferă, în același timp, datelor noi coloratura afectivă și influența motivației, realizînd astfel „starea de motivație".

A fost demonstrată experimental intervenția sistemului limbic în comportamentele agresive și faptul că el contribuie la instalarea sentimentului de identitate personală, prin integrarea experienței de origine internă și externă.

Leziunile la nivelul sistemului limbic determină fenomene ca : tranzitivism, halucinații, experiențe delirante acute, într-un cuvînt „o tendință paranoidă" (MAC LEAN, 1970).

625. **SISTEM NERVOS** (cf. fr. *système nerveux*) ● Totalitatea structurilor nervoase centrale (ax cerebro-spinal — sistem nervos central) și periferice (nervi și ganglioni extranevraxiali), care au ca unitate anatomo-funcțională neuronul și îndeplinesc următoarele funcții :

- coordonează și integrează activitatea specifică a diferitelor organe, aparate,


ORIENTARE
ATENȚIE
PONDERARE
Centrii senzitivo senzoriali
Recunoașteri
STABILIREA DE INVARIANȚI
FILTRARE ȘI CODARE OPTIMALĂ
16 biți/sec
TONALIZATOR AFECTIV
SISTEM DE COMANDĂ
ACTIVITATE CONȘTIENTĂ
CUNOAȘTEREA SENZORIALĂ ȘI RAȚIONALĂ
FILTRU
16 biți/sec
0,7 biți/sec
MEMORIE CIRCULANTĂ
MEMORIE FIXĂ (ENGRAMATĂ)
SISTEM DE ENGRAMARE
UITARE
ACTIVITATE MOTORIE REFLEXĂ COMPLEXĂ
REFLEXE MOTORII ELEMENTARE
10 biți/sec
OPTIC
ACUSTIC
TACTIL
TERMIC
PROPRIOCEPT.
OLFACTIVI
GUSTATIVI
biți/sec
10^6
10^6
$4\cdot10^5$
$5\cdot10^4$
20^3
20
13
RECEPTORI
EXCITARE
(factori de mediu)
10^{11} biți/sec.
Comanda de realizare
Centrii motorii
PROGRAME MOTORII
3.10 biți/sec
M. scheletici 32%
Membru superior 25%
Vorbire 23%
Mimica 17%
EFECTORI MUSCULARI
ACȚIUNE MOTORIE

ORGANIGRAMA REPREZENTÎND SISTEMUL CIBERNETIC AL NEVRAXULUI UMAN
(dupa Nicolau si Bălăceanu, 1967)

sisteme ; controlul nervos se realizează rapid, cu mare specificitate, dar este de scurtă durată, spre deosebire de controlul hormonal, care intervine tardiv, dar a cărui acțiune se prelungește în timp ;

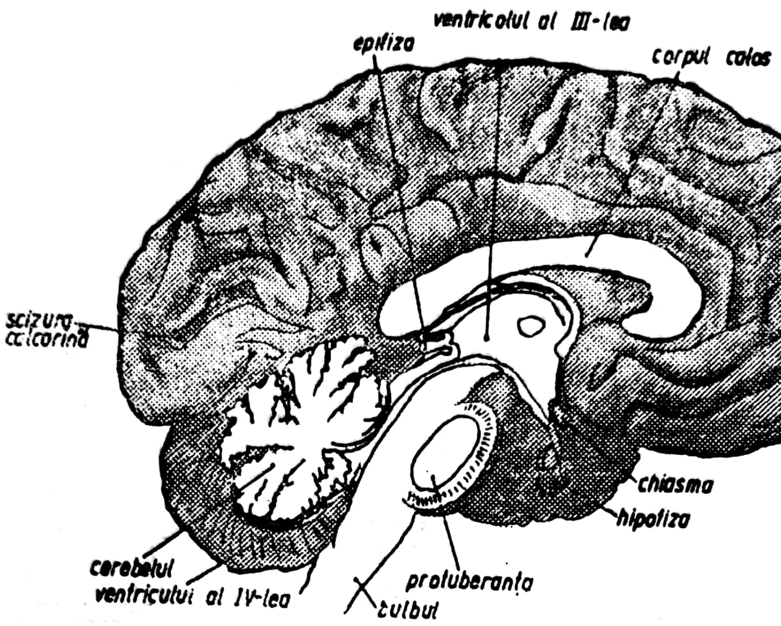
- prin funcția de control și integrare, sistemul nervos oferă organismului posibilitatea integrării într-un mediu cu constante variabile ; această integrare se realizează prin acțiune adecvată și rapidă, asigurînd menținerea integrității structurale și funcționale a organismului, deci supraviețuirea speciei (EXARCU) ;
- asigură substratul anatomic al funcțiilor psihice complexe, superioare, caracteristice omului (gîndire, inteligență etc.).

Activitatea sistemului nervos se bazează pe informații, pe care le poate prelucra în așa fel, încît asigură permanent date despre lumea înconjurătoare neuniformă, neomogenă și în perpetuă mișcare. Datorită acestei funcții de „informare“, sistemul nervos și activitatea lui sînt comparate cu un calculator electronic ; creierul prelucrează însă o cantitate mult mai mare de informații, într-un timp mai scurt. O altă deosebire față de calculator o constituie faptul că sistemul nervos completează prelucrarea informației cu elemente personale, cu preferințe determinate de necesitățile biologice, de stările emoționale și afective ale individului.

626. SISTEM NERVOS CENTRAL (cf. fr. *système nerveux central* : vezi gr. *systema*) ● Componentă a sistemului nervos care controlează cea mai mare parte a funcțiilor organismului — activitatea somatică —, a organelor vegetative și chiar mecanismul de secreție al unor glande endocrine. Rolul său constă în recepția unei cantități imense de informații, atît din mediul intern, cît și din cel extern, de integrare a acestor informații și elaborare și transmitere a răspunsurilor motorii și secretorii adecvate.

Unitatea anatomică a sistemului nervos central este neuronul, celulă diferențiată specific și dotată cu capacitatea de a genera și conduce impulsuri nervoase. Structurile de suport sînt reprezentate de celule gliale.

Unitatea funcțională este actul reflex, prin care sistemul nervos contribuie la integrarea — ca tot unitar — organismului în mediul înconjurător și la stabilirea unui echilibru dinamic cu acest mediu.



SECȚIUNE SAGITALĂ PRIN CREIER
(după Toldt și Hochstetter)

Unitar structural și funcțional, sistemul nervos central, format din măduvă și encefal (axul cerebro-spinal), are două componente, cu funcții bine definite :

- sistemul nervos al vieții de relație (somatic), care asigură adaptarea organismului și echilibrul acestuia în raport cu variabilele mediului extern ;
- sistemul nervos vegetativ, care coordonează permanent activitatea organelor interne.

Separarea este evidentă mai ales în ceea ce privește nivelul periferic al structurii sistemului nervos și acțiunea acestuia asupra structurilor efectoare. La nivel central însă, structurile nervoase ce controlează activitatea somatică și vegetativă se află localizate în aceleași segmente ale axului cerebro-spinal. Pe de altă parte, reflexele complexe somato-vegetative și vegetativo-somatice și, în mod deosebit, reacțiile complexe de adaptare confirmă unitatea structurală și funcțională a sistemului nervos central.

Întrucît sistemul nervos central constituie suportul anatomic al vieții psihice, afectarea sa la nivelul oricărei componente presupune apariția unui tablou psihopatologic. Variabilitatea și polimorfismul tablourilor clinice care însoțesc procesele lezionale se explică prin complexitatea structurală și funcțională a sistemului nervos central.

627. **SISTEM NERVOS PARASIMPATIC** (cf. fr. *système nerveux parasympathique*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PARASIMPATIC — sistem nervos.

628. **SISTEM NERVOS SIMPATIC** (cf. fr. *système nerveux sympathique*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SIMPATIC — sistem nervos.

629. **SISTEM NERVOS VEGETATIV (SNV)** (cf. fr. *système nerveux végétatif*) ● Structurat ca un complex de formațiuni nervoase și periferice, sistemul nervos vegetativ controlează și coordonează activitatea aparatelor și organelor interne ale organismului. Rolul lui constă, de fapt, în autoreglarea și adaptarea activității acestor organe — prin neuroreflexe locale sau generale — la situații variabile ce apar în decursul vieții individuale.

Se poate spune deci că, în timp ce componenta somatică a sistemului nervos central controlează interrelațiile reciproce dintre organism și mediu, sistemul nervos vegetativ stabilește conexiuni între organele și aparatele aceluiași organism. La baza acestor particularități funcționale ale celor două sectoare — somatic și vegetativ — stau deosebiri de ordin anatomic, cu toate că între cele două componente se stabilesc — prin poziționare centrală și periferică — relații de strînsă interdependență. Astfel, fibrele somatice cerebro-spinale deservesc elemente motorii şi senzitive ale somei, în timp ce structurile SNV controlează activitatea viscerelor toraco-abdominale, cît şi componenta vegetativă a sectorului somatic. Cu toate aceste particularităţi, SNV se supune controlului scoarţei cerebrale, integrîndu-se atît anatomic, cît şi funcţional, în unitatea reprezentată de sistemul nervos central.

Spre deosebire de acesta însă, sistemul nervos vegetativ are o activitate continuă, permanentă, atît în stare de somn, cît şi în stare de veghe. La baza acestei activităţi stă, de asemenea, actul reflex, avînd ca suport anatomic arcul reflex vegetativ format din receptori, căi aferente, centri nervoşi, căi eferente şi efectori. La activitatea componentei reflexe se adaugă ritmicitatea intrinsecă a centrilor organo-vegetativi superiori, determinată şi întreţinută de particularităţile lor neuro-chimice şi completată de circuite reverberante interneuronale locale.

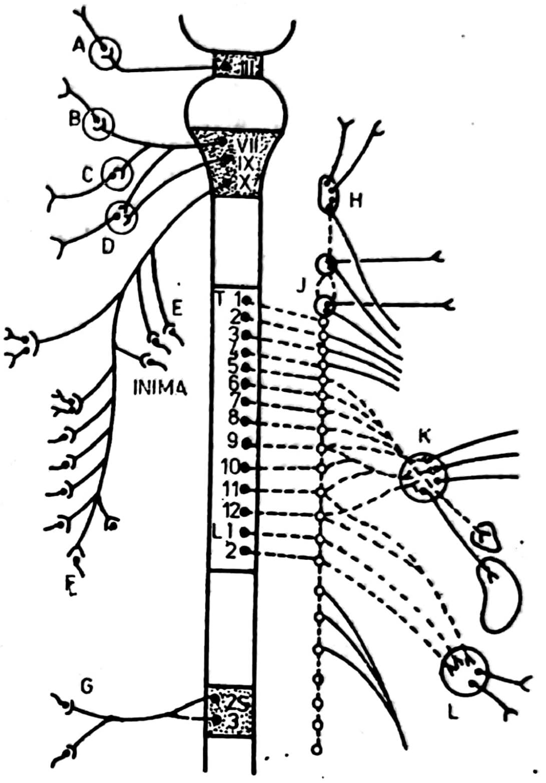
Anatomic şi funcţional, SNV prezintă două componente: simpatic (S) şi parasimpatic (PS). Marea majoritate a organelor interne prezintă o inervaţie dublă şi, de regulă, antagonică. Există şi organe în care cele două componente vegetative exercită efecte similare, dar ale căror consecinţe sînt diferite, atît calitativ, cît mai ales cantitativ.

Diferenţierea celor două componente se realizează în timpul dezvoltării embriologice şi se extinde apoi structural şi funcţional. Structural, neuronii de origine (componenta centrală) ai simpaticului se află localizaţi în coarnele laterale ale măduvei toraco-lombare, în timp ce neuronii parasimpatici sînt plasaţi cranio-sacrat.

Spre deosebire de arcul reflex somatic, pe calea eferentă a arcului reflex vegetativ se află un al doilea neuron, plasat extranevraxial, diferenţiat pentru cele două sisteme (porţiunea periferică) şi anume: pentru simpatic, în ganglionii para- sau laterovertebrali, previscerali sau intramurali, iar pentru parasimpatic, fie previsceral, fie intramural. Fibrele preganglionare simpatice sînt scurte, cele parasimpatice sînt lungi, dar în general, viteza de conducere a impulsului nervos în fibrele vegetative este mult mai mică decît în fibrele somatice.

Funcţional, deosebirile dintre cele două componente se referă la faptul că simpaticul este sistemul nervos care adaptează activitatea viscerală la stres (de orice natură), în timp ce parasimpaticul are efect trofotrop şi acţionează în condiţii de viaţă normală.

Aceste particularităţi funcţionale se datoresc eliberării unor mediatori chimici diferiţi la nivelul sinapselor postganglionare: noradrenalina, pentru simpaticul postganglionar, şi acetilcolina, pentru parasimpatic. Prin jocul dintre cele două tipuri de efecte, SNV are un



SCHEMA GENERALĂ A SISTEMULUI NERVOS AUTONOM

Pe stinga: Sistemul autonom parasimpatic cranial şi sacral.
Liniile groase ale nv. III; VII; IX; X şi 2S; 3S sînt fibre preganglionare de legătură.
A — ganglionul ciliar; B — ganglionul sfenopalatin; C — ganglionii submaxilar şi sublingual; D — ganglionul otic; E — terminaţii vagale în nodulii cardiaci; F — terminaţii vagale în peretele intestinal; G — terminaţii parasimpatice sacrale în pelvis.
Liniile subţiri reprezintă fibre preganglionare (excitatoare) la nivelul visceral.
Pe dreapta: Sistemul nervos simpatic.
Liniile întrerupte de la J — ganglionii mijlocii şi inferiori (ultimul fuzionat cu primul ganglion toracic formează ganglionul stelat); K — ganglionul celiac şi alţi ganglioni abdominali (fibre preganglionare directe pentru medulara suprarenalei); L — ganglionii simpatici abdominali inferiori şi pelvieni.
Liniile continue reprezintă fibre postganglionare.

rol hotăritor în menținerea constantelor homeostatice ale mediului intern și în menținerea funcțiilor vegetative la un nivel optim, ca un tot unitar în economia organismului, în adaptarea acestuia la un mediu cu constante variabile. Rolul nervilor vegetativi este hotăritor și indispensabil nu atit pentru declanșarea unui răspuns, cit mai ales pentru reglarea, coordonarea și adaptarea răspunsurilor odată elaborate la necesitățile de moment. Se asigură atit condiții neuro-umorale și endocrino-metabolice adecvate necesităților, cit și menținerea constantă a homeostaziei.

La nivel central, au loc fenomene complexe de intricare somato-vegetativă, de integrare a funcțiilor organo-vegetative cu cele ale vieții de relație. Această integrare se realizează de către elemente vegetative din formațiunea reticulară a trunchiului cerebral, diencefal, rinencefal și cortex, formațiuni conectate morfologic și funcțional cu cele somatice. Aceste date sînt confirmate de distribuția mediației chimice colinergice, adrenergice, serotoninergice la nivel central.

Cele două componente vegetative (simpatică și parasimpatică) sînt active permanent, dar intensitatea acestei activități depinde de tonusul fiecărei componente. Acest tonus este în funcție de frecvența și amplitudinea descărcărilor de impulsuri nervoase. În funcție de preponderența uneia asupra celeilalte, va fi stimulată sau inhibată activitatea unui anumit organ sau sistem. Sistemul nervos vegetativ se află deci într-o stare de permanentă excitație, caracterizată însă de dominanța funcțională a uneia dintre cele două componente, ceea ce stă la baza definirii constituției neurovegetative a unui subiect (vagoton, simpaticoton, amfoton etc.).

Neuropsihiatria modernă confirmă interrelațiile posibile, anatomice și, implicit, funcționale, între diferitele componente ale SNV (somatică, vegetativă, umorală și endocrină) și implicarea acestora în dereglări psihice, dificil de separat clinic de cele somatice. Se admite astfel, pentru manifestări complexe termenul de distonie neurovegetativă, care sugerează exacerbarea sau diminuarea tonusului uneia dintre componentele vegetative (simpatică sau parasimpatică).

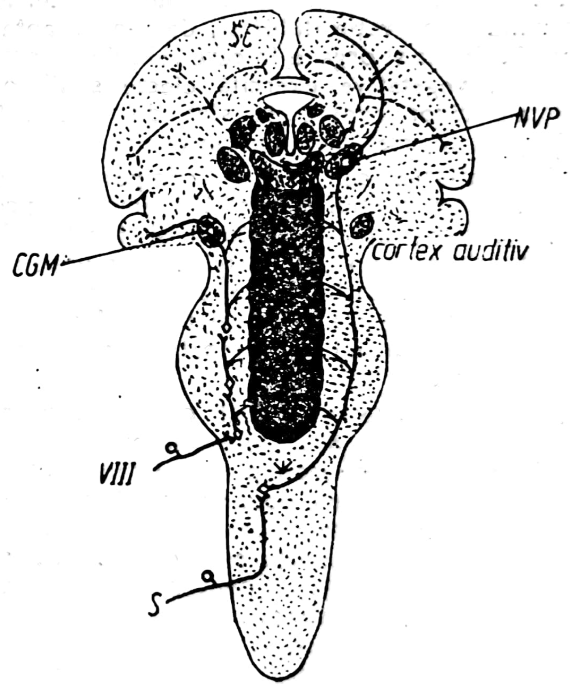
Există o multitudine de afecțiuni care prezintă în tabloul lor clinic tulburări viscero-vegetative : bolile psihosomatice, nevrozele de diferite tipuri, stările hipocondriace (PREDESCU, 1976), care „infiltrează" multiple domenii ale psihiatriei, stările depresive etc.

Disfuncțiile vegetative determină tulburări digestive, respiratorii, vasculare (localizate, cum este cazul sindromului lui Raynaud, sau generalizate, cum este hipotensiunea arterială ortostatică) ; se semnalează, de asemenea, tulburări în sfera genito-urinară și implicarea disfuncțiilor vegetative în algodistrofii.

630. **SISTEM PSIHIC UMAN** (cf. fr. *système psychique humain*) → PSIHISM, APARAT PSIHIC.

631. **SISTEM RETICULAT** (cf. fr. *système réticulaire* : vezi lat. *reticulum* „plasă, rețea mică, diminutiv de la *rete* „rețea, plasă") ● Pe plan histologic, este reprezentat atit de lanțuri neuronale, cit și de grupări celulare, care formează veritabili nuclei — peste 98 (OLSJEWSKI, 1956), dintre care nouă importanți.

Se întinde de-a lungul măduvei spinării, al trunchiului cerebral și pînă la formațiunile diencefalice, primind aferențe și transmițînd eferențe atit longitudinale, cit și transversale.



CONEXIUNILE AFERENTE ȘI EFERENTE ALE SISTEMULUI RETICULAT (după J. FRENCH)

Căile sensitive : de exemplu, n. auditiv (VIII), n. sciatic (S) emit colaterale care fac sinapsă cu neuronii reticulari; aceștia activează difuz scoarța cerebrală (SC)
CGM-corpul geniculat medial; NVP-nucleul ventral posterior al talamului; [negru]-formația reticulată; [linii negre]-căile aferente clasice; [linii albe]-căile ascendente reticulate; [linii punctate]-proiecția lor corticală difuză.

Funcțional, are rol esențial în menținerea stării de veghe și controlul excitabilității neuronilor medulari. Electrofiziologic, s-au izolat componente diferite ale substanței reticulate :

- formațiunea reticulată activatoare ascendentă (SRAA) ;
- formațiunea reticulată descendentă, facilitatoare și inhibitoare.

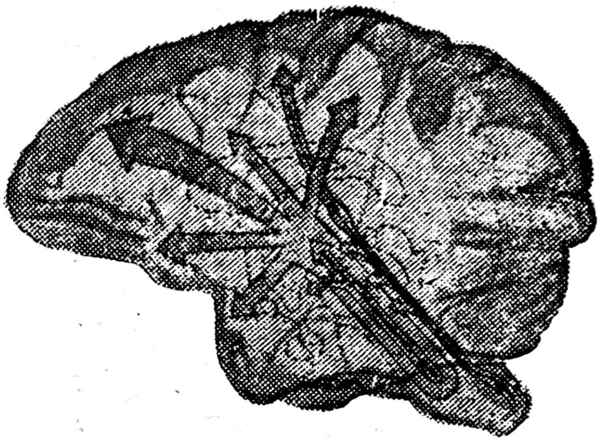
Tehnicile de histofluorescență au precizat existența monoaminelor (MEYER) la nivelul sistemului reticulat, sub forma sistemelor noradrenergice (→ NORADRENALINĂ), serotoninergice (→ SEROTONINĂ) și dopaminergice (→ DOPAMINĂ). Se pare că sistemul adrenergic produce desincronizare (blocarea ritmului alfa), trezire corticală și reacție motorie.

Formațiunea reticulată se comportă ca un acumulator de energie, provenită atit din influxuri nervoase, cit și din factori biochimici. Influxurile nervoase provin din aferențe senzitivo-senzoriale, vegetative și motorii, iar dintre ele, durerea are o importanță deosebită, în sensul activării vigilenței. Stimulii dureroși sint, de altfel, utilizați de clinician, pentru a aprecia profunzimea unei stări comatoase. Un rol deosebit de important il au impulsurile provenite de la nivel cortical. Se afirmă (MEYER) că neocortexul cerebral poate, in anumite cazuri, să participe la propria-i trezire, prin intermediul formațiunii reticulate. Activarea substanței reticulate se poate face (după MOUNTCASTLE) prin :

- mecanism autonom, prin care substanța reticulată păstrează un anume tonus funcțional (probabil prin factorii umorali), chiar după suprimarea tuturor conexiunilor aferente ;
- impulsuri sosite prin colateralele nespecifice ale căilor sensibilităților specifice ;
- impulsuri de la cortex, care realizează circuitul reverberant activator cortico-reticulo-cortical.

Factorii biochimici cu acțiune asupra formației reticulate sint reprezentați de presiunea parțială a bioxidului de carbon, cu rol excitator (hipercapnia determină „trezire" corticală și desincronizare EEG, iar hipocapnia produce somnolență și unde lente EEG), și presiunea parțială a oxigenului, cu efecte inverse, fiind de remarcat, in acest sens, sensibilitatea deosebită la hipoxie atit a formațiunii reticulate, cit și a cortexului cerebral. Noradrenalina produce „trezire" corticală, stimulează SRAA, barbituricele deprimă activitatea reticulară, iar amfetaminele o amplifică.

Factorii modulatori ai activității reticulate sint : influențele corticale, acțiunea corpilor striați cu rol inhibitor, modificările brutale de tensiune arterială (de exemplu, catecolaminele descărcate în „starea de alarmă" produc reacție de trezire dar, prin creșterea tensiunii arteriale, au tendința de dezactivare reticulară, probabil ca reacție de protecție). În explicarea mecanismelor inducerii stării de somn, se pune accent, in ultima vreme, pe dezactivarea reticulată.

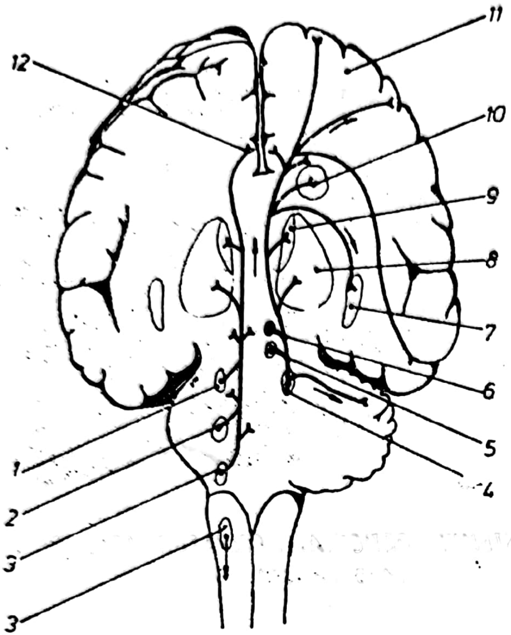


SISTEMUL RETICULAT ACTIVATOR ASCENDENT
(după MAGOUN)

Formațiunea reticulată activatoare ascendentă este localizată din partea inferioară a bulbului pînă la joncțiunea mezencefalo-diencefalică și este conectată cu scoarța prin căi difuze polisinaptice, precum și cu alte structuri cu rol integrativ la nivelul sistemului nervos central. Rolul esențial constă în menținerea stării de vigilență, a tonusului dinamogen al structurilor corticale. Mai intervine în stări comportamentale (de exemplu, starea de alertă, de alarmă, însoțite de modificări neurovegetative, reacție de apărare, de fugă) și influențează, în sensul creșterii amplitudinii, potențialele corticale evocate.

Formațiunea reticulată facilitatoare descendentă are aceeași topografie cu sistemul reticulat ascendent, dar are influențe pozitive asupra motoneuronilor medulari și asupra reflexelor miotatice și acțiune de inhibare a reflexelor nociceptive. Cercetări histologice recente au precizat existența unor neuroni cu axon, prezentind o ramură ascendentă și una descendentă, de unde presupunerea că există o singură formațiune reticulată cu acțiune bipolară.

Formațiunea reticulată inhibitoare descendentă este localizată limitat, la nivel bulbar, dar activarea ei reduce amplitudinea reflexelor miotatice, facilitînd în schimb apariţia reflexelor nociceptive de flexie.



CĂILE NORADRENERGICE (după C.R. NOBACK) 1-Nucleu pontin oral; 2-Nucleu pontin caudal; 3-Nuclei reticulari bulbari; 4-Locus coeruleus; 5-Colicul inferior; 6-Colicul superior; 7-Hipocamp; 8-Talamus 9-Hipotalamus; 10-Corp amigdalian; 11-Cortex cerebral; 12-Sistem limbic.

Tulburările activităţii substanţei reticulate determină manifestări clinice polimorfe. Stările de comă au la bază (indiferent de origine) o disfuncţie reticulată (leziuni traumatice sau vasculare la nivelul trunchiului cerebral, tumori, abcese sau hemoragii cu creşterea volumului emisferic, hematoame sub- sau extradurale, come extracerebrale — cardiace, hepatice, renale, dismetabolice, diabetice, toxice etc.). Crizele de tip „drop-attacks" se manifestă prin căderea subiectului fără pierderea cunoştinţei şi cu posibilitatea rapidă de revenire. Criza poate fi favorizată de rotaţia bruscă a capului şi traduce o insuficienţă vertebro-bazilară, care are drept consecinţă dispariţia tonusului muscular prin inhibarea formaţiunii reticulate descendente. Se mai descrie mutismul akinetic Cavis, frecvent confundat cu stările comatoase, datorită dispariţiei oricărui act motor voluntar. Bolnavul — deşi mut şi imobil — este conştient şi poate comunica cu ambianţa într-un anume cod (mişcări de pleoape, globi oculari sau chiar mişcări ale degetelor). Sindromul, care apare rareori, are prognostic fatal. Se poate, de asemenea, presupune că procesul convulsiv caracteristic epilepsiei, hipersincronizează grupe neuronale ce aparţin diferitelor structuri nervoase cu rol în producerea stării de veghe.

632. **SISTEM (DE) SEMNALIZARE (I şi II)** ● Emisferele cerebrale au posibilitatea de a primi din mediul intern şi extern diverşi stimuli, prin intermediul aparatului senzorial. Acesta, diferenţiat după modalităţile senzoriale receptoare (analizator optic, olfactiv, acustic, gustativ, vestibular, tactil, kinestezic) transmite de la nivelul organelor de simţ, prin lanţuri neuronale ascendente, pînă la nivel cortical, informaţii primite din interiorul şi din exteriorul organismului.

Excitaţiile generate la nivelul aparatului senzorial se combină într-o configuraţie unică, manifestată subiectiv ca trăire conştientă, senzorială, şi determină drept consecinţă obiectivă un comportament reflex adecvat.

Stimulii care acţionează asupra aparatului senzorial devin — în cadrul activităţii de semnalizare — semnale, în măsura în care ei pot declanşa un răspuns reflex (o reacţie ulterioară asociată). Semnalele au, deci, atît un rol informaţional, cît şi reglator, ele fiind caracteristice numai acelui tip de sisteme informaţionale dotate cu capacitate de autoreglare (de exemplu, sistemul nervos). PAVLOV atribuie diferite niveluri de localizare semnalelor în sistemul nervos (subcortical, imaginativ, verbo-conceptual).

Semnalele care pot declanşa răspunsuri reflexe stau la baza primului sistem de semnalizare, comun atît omului cît şi animalelor. Pe baza acestui prim sistem de semnalizare senzorială, se dezvoltă la om al doilea sistem de semnalizare, superior şi cu rol de control al acestuia — limbajul. La baza conştientizării stă faptul că semnalele senzoriale au drept corespondent semnale verbale, instanţă decisivă de cunoaştere şi autoreglaj. Această corespondenţă se realizează prin iradierea electivă (SMOLENSKI).

PAVLOV afirma că „senzaţiile şi reprezentările noastre referitoare la lumea externă sînt primele semnale ale realităţii, în timp ce semnalele concrete, limbajul şi excitaţiile ce sosesc la scoarţă de la organele vorbirii reprezintă semnale de ordinul doi, semnale ale semnalelor". Utilizarea lor presupune abstragere de la realitate și generalizarea prin gîndire, proces psihic superior, specific, care stă la baza cunoașterii, instrumentul de cel mai înalt nivel prin care omul se orientează și se integrează în mediul înconjurător.

Limbajul — ca al doilea sistem de semnalizare — permite comunicarea întregului conținut al vieții psihice, dar gîndirea este procesul psihic care stă la baza conținutului vorbirii. Limbajul implică un ansamblu de semnale codificate (vorbite, scrise sau gestuale), care se transmit prin canale specifice semenilor. Prin limbaj, manifestările aleatorii (gesturi, sunete) sînt organizate într-un sistem de semnale codificate (BĂLĂCEANU).

Ca sistem de semnalizare, limbajul presupune o sinteză a aspectelor : fonetic (prima treaptă a celui de al doilea sistem de semnalizare), semantic, gramatical, simbolic (conceptual).

Sistem de semnalizare ridicat pe o treaptă superioară celei senzoriale, limbajul îndeplinește funcții diferite : comunicative, cognitive, reglatoare (în sensul sistematizării, orientării, organizării și desfășurării activității psihice), precum și o funcție emoțional-expresivă și imperativ-persuasivă. La acestea, EXARCU adaugă funcția de comprehensiune simpatetică, funcția de creație și funcția terapeutică, așa cum apare ea în psihoterapie. Agresiunea patologică deconectează mecanismele adaptative, care însă pot fi reconectate prin comunicare. Terapeutul — după EXARCU — poate fi utilizat ca sistem de referință pentru rezolvarea unor aspecte psihogene, pentru revitalizarea afectivă. Limbajul are, in acest caz, un rol deosebit în reabilitarea echilibrului activității nervoase, stînd la baza oricărei psihoterapii.

633. **SISTEM TEMPERAMENTAL** ● Concepția lui G. ZAPAN abordează temperamentul în mod sistemic, ca ansamblu de subsisteme ierarhizate, corespunzătoare trăsăturilor dominante, nivelurile considerate fiind : motor, afectiv, perceptiv, imaginativ, ideativ.

Indicii temperamentali sînt : forța (intensitatea excitației și inhibiției), echilibrul (excitației cu inhibiția), mobilitatea, persistența, tonusul afectiv (stenic sau astenic) și direcția (introversiune sau extroversiune). Schema trăsăturilor de temperament ar fi :

Niveluri :

ideativ						
perceptiv - imaginativ						
afectiv						
motor						
	forță	*echilibru*	*mobilitate*	*perseverență*	*tonus afectiv*	*direcție*

Dacă în fiecare grupă se delimitează cinci niveluri (foarte mult, mult, mijlociu, fluctuant, puțin, foarte puțin), ce sînt reflectarea manifestărilor subiectului în viața de toate zilele, schema trăsăturilor de temperament pentru un subiect se citește în felul următor :

- se indică inițial tipul de temperament caracteristic subiectului, determinat de trăsături temperamentale dominante : activ, afectiv, artistic, gînditor ;
- se indică apoi tipul de bază (înnăscut) al subiectului, adică tipul temperamental motor, după terminologia lui PAVLOV, la care se adaugă persistența, tonusul afectiv, direcția (extrovertit sau introvertit) ;
- se indică tipul de temperament determinat de forța (intensitatea) procesului excitator la diferite niveluri, după coloana întîi a tabelului ;
- se indică apoi trăsăturile temperamentale extreme pe care le prezintă subiectul ;
- tendința către stări patologice.

Cu această metodă pot fi descrise 6^{34} nuanțe temperamentale diferite.

634. **SISTEME VII – teorie generală** ● Deşi aplicată tuturor domeniilor cunoaşterii, teoria generală a sistemelor a fost elaborată de un biolog (L. von BERTALANFFY, 1945), dovadă a reprezentării exemplare a conceptului de sistem în lumea vie. Sistemul este „o ordine în care diferitele părţi se susţin în întregime şi reciproc şi unde ultimele se explică prin primele" (CONDILLAC, 1749), sau „ansamblul de elemente aflate în interacţiune" (BERTALANFFY).

Teoria sistemelor abordează universul ca ansamblu de sisteme, alcătuite la rîndul lor din subsisteme şi acestea din elemente componente, integrate fiecare unei unităţi de rang superior, astfel încît o unitate nu poate fi concepută decît în cadrul subsistemului şi acesta în cadrul sistemului din care face parte, un sistem fiind mai mult decît suma subsistemelor sale. Sistemele biologice se caracterizează prin structură şi funcţie, fiind constituite dintr-o ierarhie de subsisteme concrete, care începe cu celulele şi atomii şi sfîrşeşte cu organismul, grupurile sociale, societatea. După cum se poate observa, există niveluri diferite, ordonate într-un continuum, la care se poate stabili gradul unei ierarhii sistemice. Toate sistemele, indiferent de nivelul ierarhic de organizare, funcţionează după legi proprii, sincrone unui nivel de organizare sau altuia, care definesc procesele interne ce se desfăşoară la nivelul respectiv, procese determinate prin integrarea de către nivelul imediat superior, în cadrul autoreglării sistemului ce are drept scop final homeostazia acestuia.

Teoria generală a sistemelor a căpătat numeroase aplicaţii în psihiatrie, aflate în curs de elaborare teoretică şi metodologică şi avînd drept scop obţinerea unor perspective conceptuale şi operaţionale noi în practica diagnostică, terapeutică, organizaţională.

Personalitatea constituie, astfel, „o serie dinamică de părţi şi procese care rezistă prin interacţiune reciprocă" (BERTALANFFY, 1974). Pornind de la această definiţie, MAYMAN, MENNINGER şi PRUYSER elaborează o teorie sistemică a personalităţii, bazată pe cîteva concepte principale:

- rolul interacţiunii adaptative individ-mediu;
- organizarea ierarhică a diferitelor sisteme ale personalităţii;
- controlul şi reglarea psihologică, identificată cu teoria freudiană a egoului;
- motivaţia (teoria instinctelor din psihanaliză) ca determinant al proceselor interne.

Pentru a-şi menţine homeostazia, procesele fizice şi psihologice (reprezentate de interacţiunile instanţelor şi mecanismelor enunţate mai sus) determină stabilirea tranzitorie a unei noi stări, ce se echilibrează în noi homeostazii prin mecanisme de feedback negativ („balanţa vitală"). MENNINGER reinterpretează teoria freudiană în perspectivă sistemică, afirmînd proprietatea de sistem deschis a personalităţii, în cadrul căreia se desfăşoară procesele adaptative ce menţin normalitatea în contextul confruntării cu stresul cotidian.

Conform principiilor de funcţionare a sistemelor, există o relaţie directă între magnitudinea stresului şi numărul componentelor sistemice implicate în adaptarea la acesta. Astfel, cînd posibilităţile sistemului sînt depăşite (prin epuizarea introducerii în acţiune a tuturor componentelor sale), funcţionalitatea adaptativă a acestuia se prăbuşeşte şi apare dezechilibrul, starea patologică. Într-o tentativă de abordare sistemică a nosologiei psihiatrice, se presupun cinci ordine de disfuncţii adaptative:

- tensiunea nervoasă medie;
- nevroza;
- agresiunea ca atare, reacţia inteligibilă şi acută la stres;
- psihozele;
- deteriorarea cu decompensare totală adaptativă.

Aplicarea teoriei generale a sistemelor în diagnosticul psihiatric necesită stabilirea unor principii care ar fi:

- identificarea structurii subiacente unui proces sistemic adaptativ sau dezadaptativ;
- determinarea cantitativă a variabilelor ce intervin în procesul transmiterii informaţiei între intrările şi ieşirile sistemelor şi subsistemelor implicate în procesul adaptativ sau patologic, determinîndu-se astfel care mecanisme feedback nu mai funcţionează;
- stabilirea unui număr de 19 subsisteme critice (traductor de intrare şi ieşire, codificator, decodificator, reproductor, memorie, asociator etc.) drept componente fundamentale ale sistemului organismului sau oricărui organ constituent.

În acest mod, ar putea fi evaluate variabilele fiecărui subsistem, în raport cu gradul afectării lor patologice (MILLER). În domeniul psihoterapiilor de grup (GRAY) şi familiale, teoria sistemelor oferă modelul organizării grupului în interacţiune cu terapeutul, în situaţia destabilizării echilibrului de grup, spre o nouă poziţie de metastabilizare, pentru prevenirea unei creşteri a feedback-ului pozitiv.

În terapia familiei, concepţia sistemică se află la începuturile valorificării ei, oferind însă numeroase şi eficiente posibilităţi de intervenţie în cadrul interacţiunilor şi proceselor dinamice ale sistemului deschis familial, în care pacientul primar şi ceilalţi membri ai familiei constituie subsisteme (P. GOLU şi Aurelia IONESCU). Inerţia proceselor homeostazice familiale poate bloca schimbările menite să amelioreze interacţiunile ce menţin, iniţiază sau ponderează patogeneza, ca în fenomenul „ţapului ispăşitor" sau al copilului nevrotic. Pacientul, „purtător al simptomului", este totdeauna, în cadrul interrelaţiilor familiale, expresie a crizei sau disfuncţiei cronice familiale. Din perspectiva sistemică, terapeutul poate anticipa efectele schimbării, pe care le provoacă atît în subsistemul pacient, cît şi în celelalte subsisteme familiale, putînd astfel să pregătească sistemul familial pentru a recepta şi suporta benefic schimbările induse de terapie.

635. **SISTEMATIC** (cf. gr. *systema* „ansamblu") ● Termen folosit iniţial în nomenclatura psihopatologică a secolului al XIX-lea, cînd sensul său era acela de a indica o evoluţie a delirului cu o anumită succesiune cronologică. Exemplificarea acestui termen se făcea prin „delirurile cronice cu evoluţie sistematică" (MAGNAN), avînd patru faze : interpretativitatea, halucinaţiile, ideile de grandoare şi demenţierea.

În prezent, termenul îşi lărgeşte sfera de cuprindere, fiind folosit ca un adjectiv referitor la organizarea delirului, în sensul unei construcţii pseudo-logice.

636. **SISTEMATIZARE** (cf. gr. *systema*) ● Operaţie de ordonare, de organizare după un anumit (sau anumite) criteriu(i) a unor elemente concrete sau abstracte. La nivelul psihismului, această acţiune presupune integritatea principalelor operaţii ale gîndirii, analiza, sinteza, comparaţia, abstractizarea, generalizarea şi concretizarea.

Sistematizarea presupune iniţial existenţa unui sistem de reguli, care constituie fundamentul relaţiilor funcţionale stabilite între diferitele niveluri ale sistemului.

În afara condiţiei de normalitate, de funcţionare optimă a sistemului nervos central şi a psihismului, sistematizarea se poate pune în evidenţă şi în psihopatologie, unde construcţia delirantă capătă uneori o organizare distinctă, bine circumscrisă, sub forma delirului sistematizat, caracteristic psihozelor delirante cronice (paranoia, parafrenia), şi mai puţin riguroasă în cazul unor forme paranoide de schizofrenie.

Absenţa sistematizării este un element de marcă pentru toate tulburările de conştiinţă, tranzitorie — în cazul celor acute, şi ireversibilă, lent progresivă — pentru cele cronice.

637. **SISTEMATIZAT$^{(D)}$ delir cronic** ● Grup de deliruri cronice, delimitate nosologic de KRAEPELIN. Se caracterizează prin faptul că delirul este strîns legat de tipul de personalitate a pacientului şi se dezvoltă ca o structură logică ordonată, coerentă în sine, însă absurdă cînd se raportează la realitatea obiectivă. Subiectul pleacă de la elemente false, eronate, pe care le consideră însă postulate, realizînd pe baza lor o construcţie aparent logică, în jurul căreia gravitează întreaga sa activitate psihică.

Un factor important în apariţia şi dezvoltarea delirului îl constituie structura de personalitate paranoiacă, ale cărei trăsături sînt : orgoliu excesiv, psihorigiditate, neîncredere în ceilalţi, falsitatea raţionamentelor, agresivitate, subestimarea semenilor.

Datorită relativei coerenţe, delirul pare la prima vedere plauzibil, forţa cu care este exprimat şi plauzibilitatea sa putînd determina apariţia delirului indus, uneori chiar unui grup de indivizi (delir colectiv), caracterizaţi prin dotare intelectuală mai scăzută, sugestibilitate, relaţie afectivă strînsă cu subiectul delirant.

În grupa delirurilor cronice sistematizate, H. EY introduce :

- delirurile pasionale şi de revendicare ;
- delirul senzitiv de relaţie ;
- delirul de interpretare (SÉRIEUX şi CAPGRAS).

638. **SISTEMATIZAT PROGRESIV$^{(D)}$ delir** ● Termen sub care GUIRAUD şi DIDE propun gruparea sindroamelor caracterizate prin :

- permanenţa delirului (de la debutul lui pînă la sfîrşitul vieţii) ;
- progresivitate (realizată, în mod obişnuit, prin sistematizare şi generalizare) ;
- integritatea inteligenţei şi a activităţii în afara construcţiei delirante ;
- absenţa oricărei cauze aparente.

Ele trebuie diferenţiate, după autorii menţionaţi, de delirurile sistematizate simptomatice, demenţa precoce şi psihoza revendicativă. Se pot subclasifica în forme elementare (interpretative, imaginative, psihomotorii, halucinoze) şi forme complexe.

Delirurile progresive ar avea următoarele caractere clinice :

- stare confuzională imprecisă și puțin aparentă ;
- debut printr-o perioadă de neliniște, urmată de perplexitate ;
- creație delirantă complexă, incredibilă, cu idei de grandoare care evoluează spre o lume imaginară ;
- incurabilitate.

Majoritatea acestor caracteristici se regăsesc în definiția parafreniei.

TABEL CLXXXVI

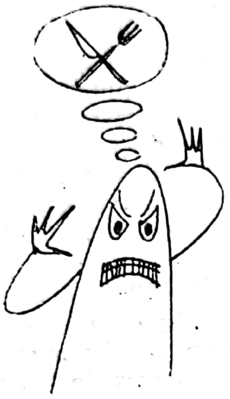
Simptomatologia delirurilor sistematizate
(după A. ACHAINTRE, 1964)

Delir de interpretare	*Delir de imaginație*	*Delir de revendicare*	*Delir halucinator*
● fabulații, paramnezii, false recunoașteri ;	● predominanță a fabulațiilor și paramneziilor în sistemul delirant ;	● idei fixe, obsedante, imperative ;	● tulburări senzoriale multiple ;
● absența sau extrema raritate a halucinațiilor ;		● absența halucinațiilor ;	● predominanța halucinațiilor auditive, verbale și cenestezice ;
● interpretare delirantă a faptelor și trăirilor ;		● număr redus de interpretări, circumscrise, secundare ;	● interpretări delirante secundare ;
● credibilitatea relativă a ideilor delirante diverse : de persecuție, de manie, de gelozie, erotomane, mistice, de autoacuzare, hipocondriace ;	● aparență mai fantezistă ; ● predominanța ideilor de grandoare, invenție, reformă ;	● credibilitatea ideilor ; ● idei de injustiție, de posesiune, gelozie, reformă politică sau religioasă, invenții nerecunoscute, îngrijiri insuficiente ;	● incredibilitatea delirului, absurditatea sau aspectul fantastic al ideilor delirante (persecuție, grandoare, posesiune) ;
● păstrarea activității mintale ;	● păstrarea activității mintale ;	● hiperactivitate mintală ;	● păstrarea activității mintale, care este însă invadată de automatism mintal ;
● propensiunea către raționamente și deducții ;	● rolul intuiției, superior celui al deducției ;	● exaltare pasională ;	
● reacții variabile în raport cu caracterul și intensitatea lor, proporționale cu mobilul lor (resemnare-agresivitate).	● aspect narativ al faptelor, absența dialecticii.	● reacții tenace, violente, disproporționate cu mobilul lor (procesomani, fanatici, magnicizi).	● reacții impulsive ; ● răspunsuri automate.

639. **SITIO-** (cf. gr. *sition* „hrană, aliment") ● Element de compunere care introduce referirea la hrană, alimentație,

640. **SITIOFOBIE** (F) (cf. *sitio-* ; gr. *phobos* „teamă") — sin. SIBOFOBIE (F) ● Comportament constînd în refuzul de a mînca și a bea (→ REFUZ ALIMENTAR).

Sitiofobia este întîlnită foarte rar, avînd ca substrat un mecanism obsesivo-fobic. În această situație, ea are anumite caracteristici : poate fi legată de un anumit loc sau este selectivă în raport cu anumite alimente ; poate fi determinată de fobia de îngrășare, de intoxicare sau de evocarea unei situații care i-a provocat subiectului dezgust. Refuzul alimentar este însoțit de raționalizări și ritualuri multiple, legate de bilanțuri calorice meticuloase. Uneori, fazele de sitiofobie alternează cu faze de bulimie culpabilizante.



Sitiofobia veritabilă se întîlnește la personalități obsesivo-fobice sau isterice, în schizofrenii, în deliruri paranoide sau paranoiace.

641. **SITIOMANIE** (cf. *sitio-* ; gr. *mania* „nebunie") — sin. ESTIOMANIE ; HIPEROREXIE ● Apetit alimentar exagerat, pentru orice fel de aliment, fără preferințe. Ingestia de alimente devine o preocupare principală, se face exagerat și nu determină senzația de sațietate. Se întîlnește în manie (periodic), schizofrenie, oligofrenii grave, demențe, la debutul paraliziei generale progresive etc.

642. **SITUAȚIE** (D) **delir** (cf. fr. *situation*) ● Delir descris de LEVY-VALENSI, în care subiectul afirmă că are o situație materială sau socială superioară celei reale. Deși afirmațiile lui nu corespund realității, bolnavul refuză orice explicație logică.

643. **SITUAȚIE FOBOGENĂ** ● Circumstanță în care individului suferind i se declanșează o teamă intensă, deloc justificată în raport cu posibilitățile reale de desfășurare ulterioară a evenimentelor. Situațiile fobogene prezintă o specificitate foarte accentuată în cazul adulților, dar ele pot fi reduse, în principiu, la trei situații generale :

- teama de locuri complet deschise, de spații largi (poduri, străzi, stadioane, aeroporturi etc.) — tip agorafobie ;
- teama de locuri închise — tip claustrofobie ;
- teama de mijloace de transport (în special metroul și avionul).

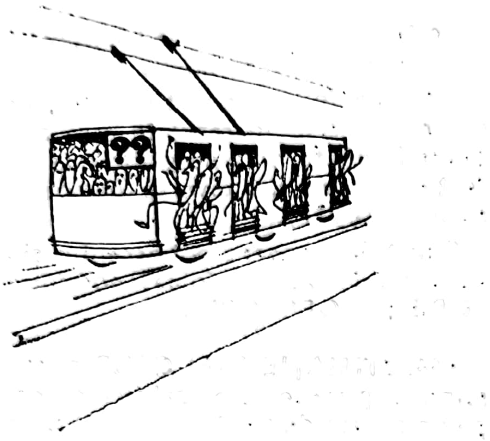
Situațiile fobogene sînt evitate pe cît posibil de individ sau, în cazul în care acesta nu le poate face față, trebuie găsite măsuri de „protecție" din cele mai diverse (persoanele trebuie să fie însoțite).

Situațiile fobogene pot accentua și alte fobii, ca tanatofobia, fobofobia, nosofobia etc. → FOBIE ; TOPOFOBIE.

644. **SITUAȚIE (DE) GRUP** ● Metodă constînd în psihoterapie analitică de grup, bazată pe un sistem de relații (participări, intervenții) care se stabilesc în procesul comunicării dintre membrii grupului în discuția liberă. Situația de grup se consideră constituită la sfîrșitul primei faze a procesului analitic, fază marcată de centrarea grupului pe grup (membrii grupului se acceptă reciproc și își acceptă apartenența la grup). Există cîteva fenomene caracteristice pentru situația de grup :

- *fenomenul socializării* : acceptarea reciprocă, deplasarea centrului comunicării de la „eu" spre „noi" ;
- *fenomenul oglinzii* : relațiile dintre membrii grupului favorizează confruntarea fiecăruia cu propriile imagini (în plan social, psihologic, corporal) ; imaginea de sine se obiectivează, se desprinde din deformările nevrotice, se reglează în cadrul interacțiunilor de grup ;
- *fenomenul „condensatorului"* : „tensiunea comună de grup" (EZRIEL), care favorizează scăderea rezistențelor și manifestări ale psihismului profund ;
- *fenomenul lanțului* : legat de momentul de tensiune, constă în faptul că o asociație a unui membru al grupului declanșează alte asociații la ceilalți membrii ; monitorul nu va intra în acest lanț asociativ (intrarea sa ar putea provoca o întrerupere) ;
- *fenomenul rezonanței* : membrii grupului reacționează diferit la aceeași împrejurare, conform acelor nivele de dezvoltare la care s-au produs fixații ;

- *teoria* : orice grup dispune, inițial, de un ansamblu de credințe, convingeri care nu corespund realității ; acestea alcătuiesc o „teorie" corespunzătoare anumitor trebuințe emoționale, prin care pacienții își explică ceea ce li se întîmplă ; această teorie este impregnată de ficțiune și are la bază un material inconștient ;



- *fenomenul susținerii* : grupul sprijină, favorizează și acceptă exprimarea emoțiilor și sentimentelor oricărui membru al său ; astfel, grupul este tolerant, securizant și favorizează exprimarea spontană și autentică a individului ;
- *fenomenul subgrupurilor* : fracționarea grupului pe baza unor concentrări emoționale, care întăresc diferite interacțiuni între anumiți membri ai grupului ; subgrupurile se pot forma în baza unor afinități sau în baza unor identificări, complementarități, elemente transferențiale, analogii simptomatice ; pot fi lăsate să se dezvolte liber, terapeutul intervenind numai atunci cînd un subgrup generează blocaje în terapie ;
- *fenomenul tăcerilor* : greu suportat de grup, în majoritatea cazurilor este efectul rezistențelor ; nu este vorba de lipsă de comunicare, ci de tensiune emoțională și anxietate ; tăcerile nu vor fi întrerupte de monitori, ele vor fi ulterior interpretate în cadrul grupului ;
- *„țapul ispășitor"* : un membru al grupului asupra căruia toți ceilalți proiectează sentimente de culpabilitate ; de obicei, „țapul ispășitor" este ales de grup, dar această alegere este favorizată și susținută de caracteristicile persoanei care capătă acest rol ; alegerea și conservarea îndelungată a unui „țap ispășitor" semnifică faptul că grupul are mari dificultăți în exprimarea agresivității și culpabilității ; persoana care intră în rolul „țapului ispășitor" are nevoie de această proiecție a sentimentelor celorlalți (este vorba aici de două trebuințe : trebuința grupului de a pedepsi și trebuința unui membru al grupului de a fi pedepsit) ; fenomenul „țapului ispășitor" se va interpreta în grup ;
- *fenomenul „străinului"* : reacția membrilor grupului față de o persoană nou introdusă în grup, reacție de evitare sau respingere (străinul, ca element nou, este perturbator prin însăși prezența sa ; perturbarea se rezolvă fie prin expulzarea străinului din grup, fie prin asimilarea sa) ; în grupul psihoterapeutic, apariția străinului naște rivalitate și gelozie ; solidaritatea de grup revine la un narcisism al grupului, care determină ostilitatea față de străin ; terapeutul nu va interveni decît dacă ostilitatea grupului devine atît de intensă încît împiedică travaliul terapeutic ;
- *fenomenul „istoricului"* (existent în majoritatea grupurilor) : un membru al grupului este interesat de tot ceea ce s-a petrecut în grup de la formarea lui ; el se concentrează asupra trecutului, operînd permanent comparații între situația prezentă și situația trecută ; de fapt, „istoricul" se opune schimbării, reprezentînd într-o anumită măsură rezistențele grupului la schimbare ; „istoricul" are el însuși mari rezistențe la schimbare, pe care le deplasează asupra grupului ; el apare de obicei atunci cînd în grup este introdus un străin — deci fenomenul „străinului" ar atrage după sine fenomenul „istoricului" ;
- *fenomenele de ritm și de tensiune* : sînt legate de dinamica grupului, exprimînd forțele de ruptură și forțele de coeziune, respingerile sau ostilitățile și atracțiile ; ritmul și tensiunea depind de anumite întîmplări, evenimente din grup ca : absența unui membru al grupului, introducerea unei persoane noi etc. ; grupul își va dezvolta un ritm propriu, în funcție de interacțiunea forțelor sale ; tensiunile din grup sînt generatoare de schimbări ; terapeutul va fi atent la ritmul și tensiunea grupului, dar nu va forța dinamica proprie grupului.

645. SITUAȚIE INTERPERSONALĂ ● Configurație de relații interumane stabilite într-un anumit cadru spațio-temporal și implicînd o anume stare psihologică generată de aceste relații. Situația interpersonală se construiește pe un anumit spațiu, comun celor care intră în interacțiune; are o structură proprie, constituită prin funcționarea rolurilor persoanelor care comunică reciproc în spațiul respectiv; este reglată normativ-axiologic, prin însăși exprimarea statutelor în roluri. Situația interpersonală reprezintă deci un ansamblu al relațiilor de poziție și de acțiune, stabilite între două sau mai multe persoane. Orice schimb de mesaje la nivelul relațiilor umane poate deveni o situație interpersonală, în măsura în care acest schimb se produce într-un cadru spațio-temporal delimitat și provoacă o stare (tensiune) psihologică. Situațiile interpersonale sînt implicate în diferite tipuri de relații: relația medic-pacient, relația psihoterapeutică, cura analitică, terapia de grup — în sistemul medical; orice alt tip de relații care răspund criteriilor de mai sus (relațiile familiale, relațiile profesionale etc.) — în sistemul comportamentelor sociale. Dinamica unei situații interpersonale este determinată de motivațiile persoanelor care interacționează; există, astfel, o dinamică manifestă și o dinamică latentă, fiecare situație implicînd categorii de motivații la nivel explicit și implicit. Echilibrul unei situații interpersonale depinde de natura motivațiilor și de măsura în care ele sînt potențial sau manifest conflictuale. Situațiile interpersonale pot fi latent conflictuale și numai aparent echilibrate, caz în care ele pot genera simptome la unul dintre parteneri (în situațiile de cuplu, de grup, de familie). Schimbarea unei situații interpersonale se realizează în funcție de evoluția partenerilor implicați, evoluție care, la rîndul ei, se desfășoară și se articulează în raport cu jocul motivelor.

646. **SITUAȚIE JURIDICĂ A BOLNAVULUI PSIHIC** ● Totalitatea reglementărilor legale, menite să ofere protecție bolnavului psihic, exprimînd atitudinea umanitară a societății față de acesta, cristalizată și instituționalizată în ultimele două secole (după reforma lui PINEL). Bolnavul psihic trebuie considerat o persoană ce necesită protecție datorită alterării stării sale de sănătate de către o maladie care îi afectează variabil facultățile de a discerne, de a-și exercita liber voința în domeniul administrării bunurilor proprii sau ale familiei sale, al luării unor decizii, al exercitării unor drepturi și obligații.

Reglementările se întemeiază pe o accepțiune largă a noțiunii de alterare a facultăților mintale, ca și a celor fizice (EY), dar nu au și un caracter discriminatoriu, care să-l situeze pe bolnavul psihic într-o poziție de inferioritate degradantă sau de izolare socială (F. GÎLDĂU, 1986). Principiile după care sînt formulate aceste reglementări legale în diferite țări sînt stipulate de o serie de convenții internaționale, adoptate în plenul unor organisme profesionale sau politice și sociale, în care sînt reprezentate aproape toate țările lumii: Declarația Universală a drepturilor Omului (1948), Declarația Drepturilor Copilului (1959), Declarația Drepturilor Deficientului Mintal (1971) și Declarația Persoanelor Handicapate (1976), adoptate de ONU, Pactul internațional privind drepturile civile și politice și Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale (1966), ratificate de țara noastră în 1974, Declarația Asociației medicale mondiale (Helsinki și Tokio, 1974), Declarația Adunării Generale a Asociației mondiale de psihiatrie (Hawai, 1978). Aceste documente specifică:

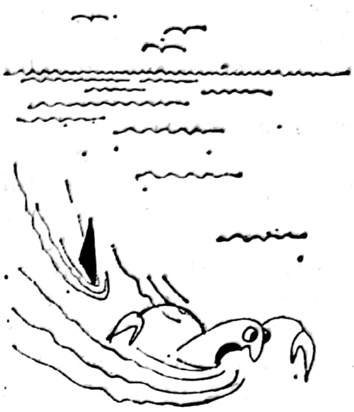
- egalitatea în drepturi a bolnavului psihic cu oricare concetățean al său (punctul 4 — Declarația Drepturilor Persoanelor Handicapate, articolul 1 — Declarația Universală a Drepturilor Omului, punctul 1 — Declarația Drepturilor Deficientului Mintal);
- recunoașterea acelorași drepturi civile ca și pentru ceilalți cetățeni, iar în situația în care nu și le pot exercita deplin, necesitatea protejării lor prin lege și în conformitate cu avizul experților psihiatri asupra capacității/incapacității lor în diferite sectoare (muncă, drepturi civile, alte capacități sociale — punctul 8, 10 din Declarația Universală a Drepturilor Omului, punctul 7 din Declarația Deficientului Mintal, punctul 4 din Declarația Drepturilor Persoanelor Handicapate, articolul 9, punctul 1 și 4, articolul 14, punctul 1 din Pactul internațional privind drepturile civile și politice, Declarația Asociației Mondiale Psihiatrice);
- dreptul la îngrijire și tratament medical, psihologic, recuperator, la educație, deprinderea unei profesiuni, la orice alt ajutor îndreptățit de starea handicapatului fizic, psihic sau social (punctul 6 din Declarația Drepturilor Persoanelor Handicapate, punctul 2 din Declarația Deficientului Mintal, articolul 12 din Pactul internațional privind drepturile economice, sociale, culturale, Declarația Asociației Mondiale Psihiatrice);
- dreptul de a trăi într-o ambianță grupală adecvată, care să-i stimuleze resursele fizice, psihice, creative și recreative, oricare ar fi ele (familie sau substitutul ei,

instituţionalizat de societate — articolul 9—12 din Declaraţia Universală a Drepturilor Omului, articolul 17 din Pactul internaţional privind drepturile civile şi politice, punctul 9 din Declaraţia Drepturilor Persoanelor Handicapate) ;

- asistenţă legală calificată pentru protecţia lor şi a bunurilor lor (punctul 11 din Declaraţia Drepturilor Persoanelor Handicapate, punctul 5 din Declaraţia Drepturilor Deficientului Mintal).

În ţara noastră, aceste principii sînt reglementate constituţional şi juridic prin Legea nr. 3/1978 articolul 2, Legea nr. 7/1977 articolul 71, Decretul nr. 313/1980 care înlocuieşte Decretul nr. 12/1965 privind asistenţa bolnavilor psihic periculoşi, articolul 99—115 din Codul Penal şi articolul 117 din Codul de Procedură Penală privind bolnavii psihic şi minorii care au săvîrşit fapte aflate sub incidenţa legii penale, articolul nr. 9 din Codul Familiei şi articolul 613 din Codul de Procedură Civilă, privind categoria juridică de alienaţie mintală şi debilitate mintală cronică, articolul 239, 453, 455 din Codul de Procedură Penală, care reglementează suspendarea urmăririi penale în caz de boală gravă (inclusiv boală psihică), respectiv amînarea executării pedepsei sau întreruperea ei. O menţiune specială trebuie făcută dreptului de a refuza tratamentul, corolar al dreptului la tratament (CURRAN, HARDING, 1978). Această situaţie limită, existentă în orice domeniu al medicinii, ţine mai mult de aspectul formal al drepturilor bolnavului, decît de sensul profund uman al intervenţiei medicale, căreia i se pretinde operativitate, chiar şi împotriva dorinţei pacientului, dacă viaţa sa este ameninţată de o circumstanţă medicală cu caracter de urgenţă. Internările prin „plasament non-voluntar" în psihiatrie implică întotdeauna o stare de periculozitate faţă de care psihiatrul are datoria profesională de a interveni. Dealtfel, în plan formal, internarea obligatorie implică tutelarea bolnavului de către unitatea spitalicească, a cărei obligaţie este de a-l trata şi de a hotărî în consecinţă, în numele şi în interesul acestuia.

647. **SITUAŢIE LIMITĂ** ● Concept al filozofiei existenţialiste, desemnînd împrejurări acut problematice, în care îi sînt revelate conştiinţei determinaţiile ontologice fundamentale ale fiinţei umane. Moartea, solitudinea, culpabilitatea, anxietatea, incomunicabilitatea etc. tulbură falsele certitudini ale conştiinţei înstrăinate în anonimatul tern, banal şi depersonalizant al mediocrităţii cotidiene, confruntînd Eul cu precaritatea condiţiei sale. Stare privilegiată de luciditate revelatoare, situaţia limită se constituie ca încercare moral-metafizică, în care fiinţa umană, eliberată de convenţii şi prejudecăţi liniştitoare, dobîndeşte statutul autenticităţii existenţiale, sesizînd coordonatele ontologice ale trecerii sale prin lume.



648. **SIVADON-BOUQUEREL(S) sindrom** — sin. ELEOPTENOFAGIE ● Sindrom descris în 1946, reprezentînd un tip de monomanie, manifestată prin utilizarea parfumurilor.

649. **SJÖGREN-HALLGREN(S) sindrom** — sin. GRAFFES-HALLGREN(S) sindrom ; HALLGREN-SJÖGREN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HALLGREN(S) sindrom.

650. **SJÖGREN-LARSSON(S) sindrom** — sin. ERITRODERMIE IHTIOZIFORMĂ ● Afecţiune cu caracter familial-ereditar, cu transmitere recesiv autosomală, descrisă în anul 1957 de SJÖGREN şi LARSSON.

Clinic, se caracterizează prin triada simptomatologică : ihtioză congenitală, oligofrenie, diplegie spastică.

Ihtioza se evidenţiază chiar de la naştere (tegumente îngroşate, hipercheratozice, cu leziuni de lichenificare mai ales la nivelul articulaţiilor mari). Întîrzierea psihică este mai evidentă după primul an de viaţă, coeficientul de inteligenţă fiind frecvent sub 20. Diplegia spastică este localizată mai ales la membrele superioare (pareze sau paralizii). Inconstant se asociază anomalii craniene şi scheletice, degenerescenţă maculară şi cerebeloasă.

Deşi etiopatogenia nu este încă precizată, consanguinitatea părinţilor pare a avea un rol important în apariţia şi transmiterea sindromului. WITCOP şi HENRY au constatat o creștere a acizilor aminați (mai des a histidinei) în urina bolnavilor.

Evoluția și prognosticul sînt rezervate, datorită caracterului progresiv al manifestărilor clinice. Oligofrenia și diplegia spastică constituie un handicap important în desfășurarea unei vieți normale.

Nu există tratament etiologic.

651. **S'JONGERS**(8) **sindrom** ● Tulburări ale activității musculare provocate de alcaloză la foștii sportivi. Adaptarea la eforturi musculare regulate provoacă o alcaloză gazoasă, care permite tamponarea metaboliților acizi produși de activitatea musculară. Cînd aceasta este brusc întreruptă, alcaloza nu mai poate fi compensată (rămînînd un mecanism supraadaptativ inutil) și favorizează tulburări în propagarea influxului nervos. Subiecții nevrotici sînt mult mai afectați de această tulburare, fapt care sugerează și considerarea unor determinări psihogene în etiologia acestui sindrom : regretul pentru viața sportivă, modificarea ritmului de viață, considerente exterioare care generează retragerea din activitate (accidentări, suspendări) etc.

Tratamentul preventiv constă în menținerea unui anumit grad de antrenament la toți atleții care abandonează viața competițională (MANUILA, SOURNIA, 1982).

652. **SK-AMITRIPTYLINE**(M) SUA — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ(M).

653. **SK-BAMATE**(M) SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

654. **SKINNER Burrhus Frederick** (n. 1904) ● Psiholog american. A urmat studii la Colegiul Hamilton și a susținut doctoratul în 1931 la Harvard. A efectuat cercetări asupra comportamentului animal după o metodologie proprie, așa numita condiționare operantă, ale căror rezultate sînt publicate în prima sa carte : „Comportamentul organismului" (1938).

B. F. Skinner

Este considerat cel mai important „comportamentalist" al secolului și fondatorul uneia dintre cele mai importante teorii în ceea ce privește învățarea. În 1953 a elaborat lucrarea „Știință și comportament uman", în care trece în revistă principiile folosite pentru întărirea, menținerea sau ștergerea unui comportament dat, cu trimiteri la domeniile educațional, legislativ și medical.

A publicat, de asemenea, o serie de lucrări despre învățarea programată, despre terapiile comportamentale și despre comportamentul verbal.

655. **SK-LYGEN**(M) SUA — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

656. **SK-METHOCARBAMOL**(M) SUA — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și, secundar, anxiolitic-sedativă ; are și valențe analgezice.

creștere a acizilor aminați (mai des a histidinei) în urina bolnavilor.

Evoluția și prognosticul sînt rezervate, datorită caracterului progresiv al manifestărilor clinice. Oligofrenia și diplegia spastică constituie un handicap important în desfășurarea unei vieți normale.

Nu există tratament etiologic.

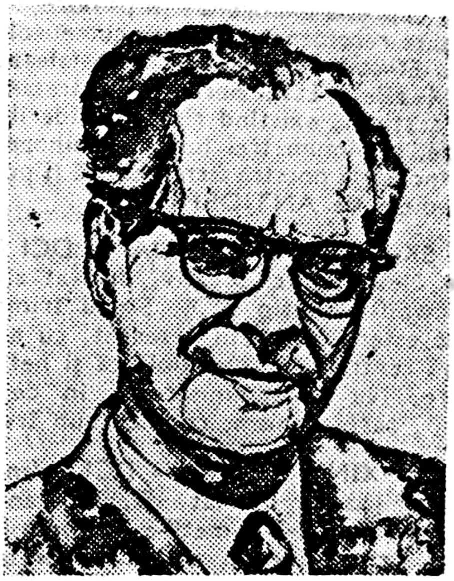
651. **S'JONGERS(8) sindrom** ● Tulburări ale activității musculare provocate de alcaloză la foștii sportivi. Adaptarea la eforturi musculare regulate provoacă o alcaloză gazoasă, care permite tamponarea metaboliților acizi produși de activitatea musculară. Cînd aceasta este brusc întreruptă, alcaloza nu mai poate fi compensată (rămînind un mecanism supraadaptativ inutil) și favorizează tulburări în propagarea influxului nervos. Subiecții nevrotici sînt mult mai afectați de această tulburare, fapt care sugerează și considerarea unor determinări psihogene în etiologia acestui sindrom : regretul pentru viața sportivă, modificarea ritmului de viață, considerente exterioare care generează retragerea din activitate (accidentări, suspendări) etc.

Tratamentul preventiv constă în menținerea unui anumit grad de antrenament la toți atleții care abandonează viața competițională (MANUILA, SOURNIA, 1982).

652. **SK-AMITRIPTYLINE(M)** SUA — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ(M).

653. **SK-BAMATE(M)** SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT(M).

654. **SKINNER Burrhus Frederick** (n. 1904) ● Psiholog american. A urmat studii la Colegiul Hamilton și a susținut doctoratul în 1931 la Harvard. A efectuat cercetări asupra comportamentului animal după o metodologie proprie, așa numita condiționare operantă, ale căror rezultate sînt publicate în prima sa carte : „Comportamentul organismului" (1938).



B. F. Skinner

Este considerat cel mai important „comportamentalist" al secolului și fondatorul uneia dintre cele mai importante teorii în ceea ce privește învățarea. În 1953 a elaborat lucrarea „Știință și comportament uman", în care trece în revistă principiile folosite pentru întărirea, menținerea sau ștergerea unui comportament dat, cu trimiteri la domeniile educațional, legislativ și medical.

A publicat, de asemenea, o serie de lucrări despre învățarea programată, despre terapiile comportamentale și despre comportamentul verbal.

655. **SK-LYGEN(M)** SUA — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON(M).

656. **SK-METHOCARBAMOL(M)** SUA — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și, secundar, anxiolitic-sedativă ; are și valențe analgezice.

657. **SK-PRAMINE(M)** SUA — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd şi depresia endogenă ; în psihoze, se pretează şi se recomandă asocierea cu neuroleptice bazale. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze, minimum trei luni, în psihoze, şase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN(M).

658. **SK-RESERPINE(M)** SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsii, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

659. **SLAXIN(M)** Coreea — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N, N-dimetil-2-(0-metil-α-fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acţiune miorelaxantă şi unele valenţe antidepresive (de mică intensitate), utilizat în special pentru combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor. Buna sa toleranţă îi conferă o utilizare fără restricţii.

660. **SLĂBICIUNE A EULUI** ● Incapacitatea Eului de a permite manifestarea pulsiunilor instinctuale în mod controlat şi compatibil cu exigenţele exterioare. După GLOBER, un Eu slab este acela care se supune prea mult instinctelor (principiul plăcerii) sau limitează exagerat instinctele (se supune exagerat principiului realităţii). Dacă în procesul dezvoltării personalităţii, Eul primitiv nu se integrează Eului total, se poate vorbi de slăbiciunea Eului. Eul slab perturbă adaptarea. Este puternic acel Eu care face faţă cerinţelor realităţii şi trebuinţelor subiectului fără dezordini majore. Expresia adaptării subiectului la realitate este dată de echilibrul realităţilor obiectuale. După NUNBERG, forţa sau slăbiciunea Eului se apreciază în funcţie de modul în care se combină instinctele vieţii şi instinctele morţii. Slăbiciunea Eului apare în nevroze, într-o anumită măsură, şi în psihoze, în mod special, aici fiind vorba de un proces de destructurare intens şi progresiv, cu afectarea simţului realităţii (Eul nu mai este în stare să păstreze relaţiile sale obiectuale, el intră într-o regresie profundă la stadii primare de dezvoltare). În nevroza obsesională, autorii vorbesc în acelaşi timp despre slăbiciunea şi puterea Eului. Acest lucru se datorează dedublării Eului într-o parte magică şi una raţională, deci într-un sector prelogic şi unul logic. Partea raţională se aliază cu terapeutul. Partea magică întăreşte rezistenţele. Slăbiciunea Eului ţine de regresie şi fixaţie ; puterea Eului constă în efortul defensei psihologice spirituale, în jocul interior dificil în care obsesionalul se angajează pentru a rezolva problema angoasei rezultate din dilema dorinţă-teamă. Această angajare necesită un travaliu intens şi, într-o astfel de perspectivă, FEDERN consideră că Eul obsesional dispune de vigoare, de subtilitate şi de o capacitate de rezistenţă opuse slăbiciunii şi absenţei de control a Eului isteric, Eul isteric fiind pasiv şi depăşit de evenimente.

661. **SLĂBIRE — cură de** ● Pierderea în greutate provocată în mod deliberat, în vederea atingerii unei norme ponderale dorite (ideale). Scăderea numărului de kilograme constituie o indicaţie medicală în cazul persoanelor supraponderale, în vederea prevenirii aterosclerozei, HTA, cardiopatiei ischemice etc.

În psihiatrie, cura de slăbire poate avea uneori semificaţie cînd, depăşind, prin modalităţi şi motivaţie cerinţele obişnuite, capătă valoare de simptom. Astfel, la tinerele fete poate masca debutul sindromului de anorexie mintală (→ ANOREXIE MINTALĂ) sau al unei psihoze schizofrenice. Pentru diferenţiere se va avea în vedere prezenţa sau absenţa unei motivaţii serioase, caracterul raţional sau neraţional al reducerii alimentaţiei, ritmul scăderii în greutate, metodele folosite (refuzul selectiv sau global al alimentelor, exerciţii fizice, provocarea vomei, folosirea de clisme, laxative sau anorexigene — cu sau fără avizul medicului) şi asocierea cu alte tulburări psihice sau somatice.

Este de menţionat rolul favorizant pe care îl pot avea unele anorexigene (prin structura chimică similară aminelor simpaticomimetice) în declanşarea unor episoade psihotice, utilizarea acestor medicamente necesitînd o strictă supraveghere medicală (→ ANOREXIGENE).

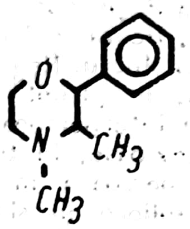
662. **SLEEP DRUNKENNESS** (engl.) — sin. IVRESSE DU SOMMEIL ; SCHLAFTRUNKENHEIT $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OBNUBILARE DE TREZIRE.

663. **SLENDOL(M)** Finlanda — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat, amină simpaticomime-

tică de tip N-etil-α-metil-m-(trifluorometil)fenetilamină ; există pericolul dependenței.

664. **SLIM-PLUS(M)** Elveția — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino) propiofenonă ; este o amină simpaticomimetică anorexigenă cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, cele anorexigene fiind apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO ; în timp, poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

665. **SLIM-TABS(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală ; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, comițialitate, în timpul sarcinii.



666. **SLUCEVSKI Ismail** (1903—1964) ● Psihiatru rus. Și-a început cariera universitară la Institutul de Medicină din Leningrad în 1927 ; după ce a condus, între 1936—1946, una dintre catedrele unionale, a fost numit șeful clinicii de terapia psihozelor din cadrul Institutului Academiei Ruse, iar din 1947 a condus și catedra de psihiatrie a Centrului de perfecționare a medicilor. A elaborat importante lucrări de psihopatologie a psihozelor, terapie și psihiatrie judiciară, dintre care menționăm : „Etiopatogenia schizofreniei" (1954), „Clasificarea tulburărilor de limbaj" (1956), „Debilitatea mintală tranzitorie în cadrul diverselor boli psihice" (1956), „Psihiatria" (1957).

667. **SMAIL(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic sin. → NAPOTON(M) România.

668. **SMITH-LEMLI-OPITZ(S) sindrom** ● Afecțiune ereditară cu transmitere autosomal-recesivă, cu debut în perioada intrauterină (sînt frecvente mișcări fetale slabe, prezentație pelviană). Clinic, se caracterizează prin dismorfie cranio-facială (microcefalie, ptoză palpebrală, epicantus, luetă bifidă), sindactilia degetelor doi și trei de la picioare, plici palmare transverse, dermatoglife cu vîrtejuri digitale și triradius axial distal, nanism, hipospadias, criptorhidie, întîrziere accentuată în dezvoltarea psihică (simptom precoce și constant).

Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, în special datorită deficitului psihic profund.

Tratamentul este inoperant.

669. **SMITH-STRANG(B) boală** — sin. BOALA MIROSULUI DE HAMEI ; ENCEFALOPATIE SMITH-STRANG ● Afecțiune ereditară, cu transmitere recesiv-autosomală, caracterizată biochimic prin excreție urinară crescută de cetoacizi care dau urinii miros specific de hamei (țelină), iar clinic — prin alopecie precoce, apatie, țipăt monoton, disfagie, hipotonie generalizată, convulsii febrile și întîrziere psihomotorie.

Patogenia nu este cunoscută (după unii autori, ar fi o variantă a leucinozei).

Examenele de laborator evidențiază hiperalbuminorahie, hiperaminoacidurie, creșterea excreției urinare a acizilor α-hidroxibutiric, cetobutiric, fenilpiruvic, fenillactic, hidroxifenilpiruvic, indollactic, precum și a leucinei, fenilalaninei, metioninei și tirozinei.

Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, iar tratamentul inoperant.

670. **SMOLENSKI-IVANOV* simptom** ● Manifestare paradoxală a bolnavului aflat în stare de catatonie, care poate răspunde în scris unor întrebări adresate oral. A fost descris de autorul al cărui nume îl poartă în 1934.

671. **SNAPAM(M)** Correea — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în timpul sarcinii și al alăptării, la copii și vîrstnici.

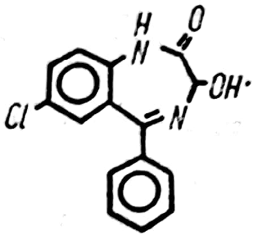
672. **SNOBISM** (cf. fr. *snobisme* : vezi engl. *snob*) ● Formă de adaptare superficială, fără integrarea unor principii și valori ; atitudine mimetică simulînd admirație pentru ceea ce este la modă. Oportunism socio-cultural, snobismul se caracterizează prin lipsa de selecție în adoptarea noului, singurul criteriu de aderare fiind aspirația de integrare într-un grup social-cultural, în general minoritar.

673. **SOARTĂ** — sin. FATALITATE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DESTIN.

674. **SOBANSKI * semn** ● Semn cunoscut şi sub numele de SEMNUL LUI HANN (1892), SEMNUL SALUS, SEMNUL SALUS-GUNN (1929); SOBANSKI, in 1950, a oferit o descriere mai completă a modificărilor vasculare retiniene, stabilind cele trei grade ale acestora: turtirea, stenoza şi inflexiunile venei.

Este intilnit in hipertensiunea arterială → ANGIOPATIE RETINIANĂ HIPERTONICĂ.

675. **SOBILE**$^{(M)}$ Spania — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a DIAZEPAMULUI, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (4 ore); acţiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de OXAZEPAM$^{(M)}$.



676. **SOBRAL José** (1877—1941) ● Unul dintre făuritorii psihiatriei portugheze moderne. A urmat studiile de medicină la Lisabona; incepind cu anul 1911 a devenit primul titular al catedrei de psihiatrie medico-legală, iar in 1922 a preluat catedra de psihiatrie clinică, pe care a condus-o pină la moartea sa (1941).

Este autor al citorva lucrări care s-au bucurat de succes: „Frontierele nebuniei", „Studiul clinic al tulburărilor de memorie", „Clasificarea psihozelor sau viaţa schizofrenilor". Are meritul de a fi difuzat in Portugalia concepţiile unor ctitori ai psihiatriei: KRAEPELIN, BLEULER, KRETSCHMER şi JASPERS.

677. **SOBRIL**$^{(M)}$ Suedia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OXAZEPAM$^{(M)}$ România.

678. **SOCIABILITATE** ● Trăsătură de personalitate sau atitudine constind in capacitatea de a stabili contacte interpersonale, de a vehicula mesaje (schimburi de informaţii) in plan social. Sociabilitatea trimite la extroversie şi implică insuşiri specifice extrovertitului (dorinţa de a participa la o viaţă de grup, dorinţa de a se antrena in activităţi colective, deschidere spre relaţii interpersonale, interes pentru cei din jur, expansivitate). Ca atitudine, sociabilitatea se dezvoltă pe parcursul existenţei, se formează şi se modifică in funcţie atit de insuşirile temperamentale, cit şi de interiorizarea unor modele de relaţie. In patologia psihică, această atitudine se schimbă după modificarea poziţiei persoanei in cimpul relaţiilor sale interpersonale (este vorba, de fapt, de schimbarea motivaţiei, mai mult sau mai puţin profunde, a persoanei, in ceea ce priveşte relaţionarea sa cu ceilalţi). Orice boală, psihică sau somatică, cu cit este mai gravă, cu atit produce o mişcare interioară regresivă, fie că individul este sau nu conştient de acest lucru. Regresia se exprimă, in primul rind, in planul emoţional şi in acela al relaţiilor interpersonale. De exemplu, in tulburările anxioase, in tulburările fobice şi obsesionale, persoana manifestă tendinţe accentuate de repliere in sine, de retragere din activitate şi din cimpul interpersonal. Cea mai gravă modificare (patologică) a sociabilităţii o are psihoticul, in special schizofrenul, aici fiind vorba de o regresiune profundă a personalităţii in stadii arhaice (primare) de dezvoltare: pierderea simţului realului echivalează cu pierderea lumii obiectuale. Lumea obiectuală nu mai are semnificaţie pentru subiect, intrucit ea nu mai este investită; ca atare, persoana se simte dezorientată şi abandonată, relaţia cu lumea se dezintegrează, reducindu-se la o serie de reacţii confuze şi exagerate, inconstante şi imprevizibile faţă de obiecte.

679. **SOCIAL — tip de personalitate** (cf. lat. *socialis*) ● Personalitate, in tipologia lui E. SPRANGER, caracterizată prin altruism, simpatie, bunătate. Acest tip este interesat de ştiinţă, in măsura in care ştiinţa poate ameliora sau rezolva suferinţa umană. In concepţia sa, utilitatea artei ar consta in faptul că infrumuseţează viaţa socială.

680. **SOCIALĂ**$^{(F)}$ **fobie** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SOCIOFOBIE$^{(F)}$.

681. **SOCIALĂ — dezvoltare** ● Proces social general complex, care la nivel psihologic constă in etape succesive de interiorizare a normelor şi regulilor sociale, de formare a unui sistem de atitudini in funcţie de şi concordant cu exigenţele exterioare, cu prin-

cipiul realităţii. Procesul dezvoltării sociale are drept consecinţă integrarea individului in grupul de apartenenţă, incepind cu grupul familial. Familia este primul sistem social (microgrup) in care persoana invaţă modalităţi de adaptare la principiul realităţii şi suportă primele constringeri (reglementarea alimentară, deprinderile de curăţenie, respectarea unor reguli de conduită in relaţia cu celălalt). O dezvoltare socială armonică presupune un compromis valabil intre exigenţele sociale şi trebuinţele individului. Acest compromis valabil echivalează cu un echilibru intre funcţionarea internă şi funcţionarea conform legii, legea reprezentind instituţionalizarea convieţuirii in grup (instituţionalizarea gregarităţii). În structurile dizarmonice ale personalităţii, in special in psihopatiile de nucleu, dezvoltarea socială este mai mult sau mai puţin defectuoasă, în sensul că individul acţionează sub impulsul trebuinţelor sale şi în dezacord cu norma/legea. Persoana deţine informaţii despre consecinţele actelor sale, insă aceste informaţii nu reglează actele respective, conduita desfăşurindu-se in afara constringerii sau incălcind constringerea. Este vorba aici de un deficit de internalizare a valorii, deficit care funcţionează la nivel afectiv şi motivaţional. În cazul psihoticilor, dezvoltarea socială poate fi relativ normală pină in momentul instalării bolii, moment din care se produce o regresie la nivelele anterioare ale dezvoltării ; persoana pierde simţul realului, fapt care produce o destructurare a sistemului atitudinal, cu sau fără afectarea semnificativă a demersului cognitiv. Plasindu-se in afara realităţii pe măsură ce boala se structurează, psihoticul pierde semnificaţia actelor sale in perspectiva socialului, relaţia cu obiectul devenind o relaţie primară in care distrugerea obiectului se înscrie în primele gesturi distructive ale individului (distructivitatea psihoticului este similară cu aceea a copilului mic). Încălcarea normei, la nevrotic, se face parţial şi este însoţită de problematizarea actului (scrupule morale). Nevroticul nu este în stare să manevreze realitatea, el doar o forţează, într-un permanent efort de ameliorare a raportului între exigenţele socialului şi trebuinţele inconştientului (→ NEVROZĂ ; PSIHOZĂ ; PSIHOPATIE ; PERSONALITATE DIZARMONICĂ ; NORMĂ ; DELINCVENŢĂ ; GRUP ; FRUSTRARE ; AGRESIVITATE).

682. **SOCIALĂ — dorinţă** ● Dorinţă de a participa la o viaţă de grup, de a stabili relaţii interpersonale ; măsoară, într-o apreciere calitativă, deschiderea persoanei spre exterior, receptivitatea sa faţă de cei din jur. În planul normalităţii, dorinţa socială se manifestă în funcţie de structura personalităţii ; este vorba, în ultimă instanţă, de nevoia de a intra într-un sistem de relaţii interpersonale sau în activităţi predominant sociale (activităţi de grup, opere colective). Calitatea dorinţei sociale, demersul prin care ea se stabileşte, dezvoltarea acestei dorinţe, precum şi consecinţele realizării ei îşi au originea profundă în tipul de relaţie obiectuală în care se angrenează un individ în procesul dezvoltării sale. Modificările dorinţei sociale în formarea individului ca persoană adultă sint date de modificările relaţiei obiectuale, în ultimă instanţă de modificările trebuinţelor, in mişcarea lor spre realitate. Un proces morbid psihic sau somatic (şi în special psihic) provoacă un dezechilibru la nivelul dorinţei (ca expresie a unei trebuinţe), dezechilibru care, în planul manifestărilor sociale, determină fie exacerbarea, fie evitarea unor conduite. Indiferent de aspectul cantitativ (amplificare, cu lărgirea cimpului de relaţii şi activităţi sociale, sau diminuare, cu restringerea acestui cimp), se produce o perturbare calitativă în sensul modificării semnificaţiilor acestei dorinţe şi a semnificaţiilor realizării ei ; dorinţa socială nu se mai articulează funcţional valabil (adaptativ) la simţul realităţii (fie că este vorba de un control nevrotic asupra realităţii, fie că este vorba de pierderea simţului realului la psihotici). Dorinţa socială se desfăşoară în legătură cu motivaţia socială (→ SOCIALĂ MOTIVAŢIE ; DORINŢĂ ; GRUP).

683. **SOCIALĂ — Invăţare** ● Tip de învăţare impregnată emoţional, prin care individul dobîndeşte o serie de pattern-uri comportametale corespunzătoare normelor de funcţionare specifice diverselor grupuri sociale de apartenenţă. În sens larg, orice învăţare este şi socială, în măsura în care latura informaţională (achiziţie activă de informaţii) şi operaţională (formativă) a învăţării se desfăşoară într-un context social. Învăţarea socială se referă, în special, la modificările comportamentului în sens adaptativ, în procesul dezvoltării, în funcţie de interiorizarea unor norme şi reguli ; este vorba de asimilarea experienţei sociale de către subiect, asimilare implicată în formarea personalităţii. Învăţarea socială se realizează prin condiţionare socială (directă) sau prin condiţionare indirectă (prin limbaj : sensul cuvintului fiind interdictiv, punitiv, sau gratificant, provoacă la copil o reacţie emoţională, ce se asociază cu obiectul sau evenimentul la care se referă cuvîntul respectiv).

Învăţarea socială se realizează şi prin observaţie, individul asistînd, din copilărie, la o serie de situaţii şi scenarii la care el participă ; astfel, persoana îşi formează un comportament propriu specific, prin preluarea unui comportament al altei persoane, într-o anume situaţie (de exemplu, teama de foc, în situaţia în care copilul asistă la reacţiile altora faţă de foc). Învăţarea socială se realizează, pe de o parte, prin modele de grup, pe de altă parte, ea se realizează în funcţie de relaţiile competitive stabilite în grup, în funcţie de distribuirea participărilor la diverse activităţi. În condiţiile în care individului i se oferă modele deficitare din punct de vedere adaptativ (cel mai frecvent modele nevrotice), el va interioriza aceste modele (proces de identificare) şi va dezvolta la rîndul său comportamente mal-adaptative. Practic, învăţarea socială se realizează în cadrul oricărei relaţii ; este vorba aici de conduite care se transmit şi se achiziţionează, în mod implicit şi explicit, şi pe care individul le vehiculează, la rîndul său, în situaţii analoage. Există un sistem de coduri sociale ce conţin valori şi norme fixate cultural ; unele dintre aceste coduri au funcţionalitate universală, altele sînt specifice diferitelor culturi. Aceste coduri social-culturale se implică, într-o anume măsură, şi în etiologia unor boli psihice (în special a nevrozelor). Există deformări ale acestor coduri care produc deformări la nivelul învăţării sociale, mai ales în condiţiile în care relaţia normă-valoare suferă un dezechilibru.

684. **SOCIALĂ — motivaţie** ● Tip de motivaţie în care predomină exigenţele socialului, cu originea în ansamblul de statute şi roluri pe care le deţine o persoană anume. Motivaţia socială poate avea semnificaţie compensatorie pentru diferite complexe inconştiente (de exemplu, conduitele de supracompensare în plan social sau profesional, ca tentative parţiale reuşite de rezolvare a unui complex de inferioritate). O sursă a motivaţiei sociale este activitatea instituţionalizată a individului. O altă sursă, profundă şi din care ulterior derivă diverse varainte ale motivaţiei sociale, este rivalitatea primară dintre indivizi (un exemplu în acest sens este dorinţa de putere, care, ca dorinţă conştientă, reprezintă o motivaţie socială, iar ca mecanism abisal trimite la complexul de inferiorirtate şi la complexul Cain).

În general, orice motivaţie este şi socială, în sensul că o trebuinţă se satisface în cadrul unei relaţii cu un obiect-persoană. Motivaţia socială se modifică sau dispare în anumite tulburări psihice, în funcţie de natura tulburărilor, de intensitatea lor ; astfel, tulburările care provoacă un proces de regresie masivă (de exemplu, depresie majoră, schizofrenie) determină o scădere, pînă la dispariţie, a motivaţiei sociale, deoarece la persoanele în cauză se produce o dezinvestire de semnificaţii, în ceea ce priveşte lumea obiectuală.

685. **SOCIALĂ — psihologie** (cf. lat. *socialis* ; gr. *psyche* „suflet" ; *logos* „ştiinţă") — PSIHOSOCIOLOGIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PSIHOLOGIE SOCIALĂ.

686. **SOCIALE — nevroze** ● Termen sub care V. WEIZSÄCKER reuneşte în 1929 patologia reactivă provocată de evenimente care modifică rolul social al subiectului. El descrie următoarele categorii :

- nevroze de ascensiune socială (provocate de urcarea rapidă a individului în ierarhia socială) ;
- nevroze de declin social (provocate de pierderea bruscă a unei poziţii sociale) ;
- nevroze justiţiare (care se aseamănă cu rentnevrozele, dar la care se adaugă şi încercarea subiectului de a-şi demonstra nevinovăţia absolută într-o circumstanţă din care a ieşit lezat).

687. **SOCIALE — terapii** — sin. SOCIOTERAPII ● Ansamblu de activităţi desfăşurate de o comunitate de bolnavi, supravegheate şi protejate de un personal specializat ; aceste activităţi au un scop terapeutic, urmărind îndeosebi reintegrarea bolnavului într-o configuraţie socială. Ideea terapiilor sociale (terapii instituţionale sau terapii ocupaţionale) a apărut în urma unor observaţii asupra bolii psihice sub asoectul cronicizării ei :

- s-a constatat că instituţiile tradiţionale favorizează evoluţia bolii psihice spre cronicizare ;
- instituţia induce cîteva fenomene specifice : segregare, dependenţă, ştergerea iniţiativelor personale, omogenizarea persoanelor, pierderea valorilor proprii ; în ţările anglofone (şi în toate ţările industrializate) s-a constatat că bolnavii azilari (dar şi colectivităţile de indivizi izolate într-o instituţie specifică — casă de sănătate, cămin, orfelinat etc.) suferă modificări comportamentale în sens regresiv ;
- simultan cu influenţa evoluţiei procesului morbid se manifestă o influenţă a mediului instituţional, a condiţiilor de viaţă pe care acest mediu, cu precădere cel spitalicesc, le impune, le infiltrează în modul de viaţă al bolnavului (ca fac-

tori ai acestui mediu pot fi enumerați : concentrarea indivizilor într-un spațiu închis, distanța dintre colectivitatea instituționalizată și lumea exterioară și deci, deficitul de comunicare cu lumea, monotonia programului, monotonia vestimentației, monotonia sistemului de îngrijire ; toți acești factori privează individul de varietatea existenței sale anterioare sub două aspecte esențiale : angajarea individului în societate prin profesia sa și angajarea individului în familie).

Inițiatorul terapiilor sociale (ocupaționale) este H. SIVADON (1927) ; după opinia sa, „există pentru fiecare individ condiții care permit adaptarea lui printr-o activitate, condiții diferențiate nu atît în funcție de tipul clinic sau de nivelul intelectual, cît în funcție de nivelul de sociabilitate, vîrstă, maturizare afectivă, tip reacțional". S-a ajuns la concluzia că însăși structura instituțiilor destinate îngrijirii bolnavilor cronici trebuie supusă unor modificări profunde. Inițial, s-au folosit metodele de grup : întruniri ale personalului pentru informare și formare în ceea ce privește organizarea serviciilor, grupuri de bolnavi constituite după criterii diverse (grupuri orientate spre o anumită activitate, grupuri omogene prin diagnostic, grupuri deschise, la care să participe și membri din exterior) ; în Franța, Anglia, Canada, Statele Unite, Olanda, aceste eforturi de modificare a instituțiilor de tip azilar, s-au orientat în direcția diversificării spitalelor și unităților psihiatrice (spitale de zi, de noapte, centre de tratament ambulator, ateliere protejate, cămine de bătrîni, comunități terapeutice). Este de reținut faptul că modificările au presupus, inițial, transformarea perspectivei teoretice asupra bolii psihice și mai ales asupra îngrijirii bolnavului într-un cadru instituționalizat. H. EY afirmă că „orice instituție este alienată prin natura ei și, în domeniul psihiatriei, sensul filozofic al alienării se concretizează cel mai mult". După SULLIVAN, serviciile de psihiatrie sînt „diabolic organizate, pentru a face maladia incurabilă".

Ergoterapia (în expresia anglo-saxonilor „terapia ocupațională") comportă ca activitate socială, mai multe elemente : grupul, tipul de ocupație (joc, creație utilitară, creație artistică), materialul de lucru, ritmul de lucru, ambianța de lucru, gradul de specializare (activitate stereotipă sau învățare permanentă), gradul de colaborare, gradul de responsabilitate. Se vorbește de socioterapie cînd cadrul activității se lărgește la o comunitate (mic oraș, mic sat), în care bolnavii sînt angajați într-o viață socială redusă ca dimensiuni, dar cu funcțiuni reale, implicînd și aspecte economice ; se creează un „țesut social terapeutic" (POSQUELLE), care asigură individului bolnav legătura cu lumea, estompînd efectele cronicizării și eliberînd sentimentul valorii proprii, deci favorizînd personalizarea în relație. Sub aspectul activității propriu-zise, ergoterapia ar presupune : un anumit grad de activism al pacientului, un sistem determinat de acțiuni, un scop economic (obținerea unui produs cu valoare economică), respectarea unor condiții standard (parametrii produsului). Sub aspect motivațional, ergoterapia vizează în special : valoarea utilitară reală a angajării în activitate, cointeresarea materială (ca suport eficace al activității productive), antrenarea bolnavului în fluxul motivației sociale (al schimbului social) ; tot sub aspect motivațional, sînt importante alte două elemente : valoarea angajării în activitate poate fi și simbolică, semantică sau catharctică, deci nu este neapărat necesar ca ea să fie pragmatică, în special la acei bolnavi cronici cu grad redus de activism ; autenticitatea activității depuse de subiect (în funcție de valoarea angajării) constă în faptul că activitatea fie că reproduce sau nu modelul muncii, rămîne o activitate, deci o antrenare a individului într-un cîmp social de acțiuni, cu sau fără finalitate pragmatică reală (aici accentul cade pe valoarea simbolică sau catharctică a angajării). Astfel, se accentuează elementul psihologic al terapiei sociale, element ce asigură valorizarea și personalizarea individului, relativ independent de efectele utilitare ale activității în plan real. Legat de elementul psihologic al terapiei ocupaționale, artterapia (terapie ocupațională centrată pe creația artistică) favorizează și susține tendințele creative spontane ale individului ; în plus, grupurile de creație funcționează și ca grupuri psihoterapeutice, în sensul că interpretarea producției artistice poate rezolva tensiuni conflictuale mai mult sau mai puțin latente. Meloterapia, ca metodă folosind acțiunea terapeutică a muzicii (prin ritm și armonie), s-ar plasa la periferia terapiilor propriu-zise ocupaționale ; ea se apropie de terapiile de grup prin faptul că, după audiție, reacțiile participanților pot fi analizate și interpretate. Un grup de meloterapie ajunge să funcționeze, în special, ca grup de susținere. Aplicarea terapiilor sociale nu are, în genere, contraindicații :

- ergoterapia, fără durată delimitată, în funcție de tipul instituției, poate fi permanentă în instituțiile azilare ; se aplică indiferent de afecțiunea psihică, exceptînd complicațiile neurologice (sau de orice alt gen) major invalidante ; orice activitate ergoterapeutică se adecvează grupului de pacienți, activismului restant, aptitudinilor și dorințelor (motivațiilor) pacientului ;
- artterapia se practică oarecum limitat, în ședințe săptămînale sau bisăptămînale, numărul total fiind de 15—25 de ședințe ; pot exista ateliere permanente de creație în serviciile de cronici ; se practică în special cu psihoticii (schizofrenii, parafrenicii), dar și cu orice altă categorie de bolnavi (isterici, obsesionali, fobici) ; dansul mimico-pantomimic este o formă de artterapie ;
- meloterapia se aplică în grupuri de 6—10 bolnavi, într-un sistem azilar sau chiar ambulator, grupul de meloterapie putînd fi deschis și constituit pentru perioade mari de timp (unu sau doi ani, de exemplu, în căminele-spital) ; nu are contraindicații, exceptînd epilepsia.

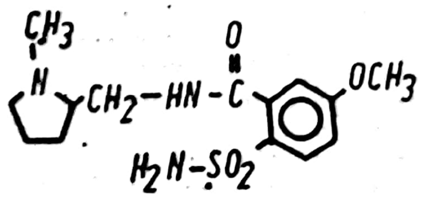
Indiferent de natura terapiei sociale, de mijloacele de activitate și de grup pe care le folosește, ea se îndreaptă împotriva alienării, a izolării individului într-o colectivitate închisă, într-un sistem închis. Procesul dezalienării se realizează și se susține nu atît prin modificarea cadrului spațial concret al instituției, cît prin atitudinile personalului de îngrijire, prin specializarea acestui personal în constituirea grupurilor de activitate și în selecția activităților la nivel de grup, uneori la nivel individual. Este important ca personalul de îngrijire să-și controleze contratransferul în relațiile cu bolnavii instituționalizați, lucru care necesită o pregătire specială a acestui personal. Dezalienarea înseamnă optimizarea comunicării, a schimbului de mesaje și a satisfacerii trebuințelor, deci o menținere a eficienței adaptative restante în spațiul condiției umane, cronicitatea maladiei psihice atingînd esențial această condiție.

688. **SOCIALIZARE** (vezi *social*) ● Proces de integrare a individului uman, pe măsura dezvoltării sale, în realitatea socială. Mijloacele de comunicare, modalitățile de cunoaștere, normele de comportare, strategiile de acțiune se constituie într-un proces de socializare, în cadrul căruia conduitele se codifică plecînd de la modele sociale. În cursul socializării, individul uman își ia în stăpînire comportamentul propriu, renunțînd la un număr de satisfacții imediate (în copilărie, controlul trebuințelor elementare și controlul satisfacțiilor se face, inițial, din exterior, apoi prin interiorizarea interdicțiilor ; dorințele copilului suportă un regim de constrîngeri și exigențe exterioare, în primul rînd, din partea autorităților parentale ; copilul este gratificat, recompensat, astfel încît el învață să se facă iubit, apropiat, prin renunțarea la satisfacerea imediată a dorinței).

Metodele sociale se interiorizează (FREUD — mecanismul introiecției), individul se distinge pe sine de ceilalți, se produce ruptura subiect-obiect (de la dualism-proiecție la dualism-identificare).

În patologia psihiatrică, există terapia de resocializare-reintegrare socială (în activitate) a bolnavilor psihici, în special a celor cronici, în unități sau ateliere supravegheate, dat fiind faptul că dificultățile de adaptare (mai ales în stadiile reziduale postprocesuale) nu permit angajarea pacientului într-o activitate la nivelul celei desfășurate anterior debutul bolii.

689. **SOCIAM$^{(M)}$** Japonia — DCI *Sulmepridă* ● Neuroleptic cu valențe antidepresive, derivat benzamidic de tip N-/(1-metil-2-pirolidinil) metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă. Are indicațiile, contraindicațiile și efectele secundare ale SULPIRIDULUI. Se poate administra imediat după IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.



690. **SOCIETATE DE OCROTIRE A BOLNAVILOR MINTAL** ● Înființată la Sibiu la 18 ianuarie 1920 din inițiativa doctorului Gheorghe PREDA, „Societatea de ocrotire a bolnavilor mintal" era menită să corespundă noilor deziderate privind asistența medicală psihiatrică. Reconsiderarea con-

ceptului de boală psihică şi schimbarea calităţii statutului de bolnav mintal au impus ideile de psihoigienă şi profilaxie, prin urmărirea evoluţiei pacienţilor remişi, a reinserţiei lor familiale şi profesionale, asistenţa socială. La înfiinţare, societatea îşi propunea ca obiective ocrotirea bolnavilor internaţi în spitale sau aflaţi în îngrijirea familiei, a celor externaţi care necesitau supraveghere şi controale periodice, ajutoare băneşti şi, nu în ultimul rînd, desfăşurarea de activităţi utile, învăţarea unor meşteşuguri uşoare şi procurarea de slujbe care să permită pacientului nu numai a-şi cîştiga existenţa, ci şi a se face util societăţii şi a fi acceptat de aceasta.

În vederea completării acţiunilor de orientare şi integrare socio-profesională, Gheorghe PREDA a înfiinţat de asemenea, în 1921, pe lîngă Societatea de ocrotire, o „Şcoală medico-pedagogică". În 1923, după numai doi ani de activitate, aceasta a fost însă închisă din lipsă de fonduri. Elementele rudimentare de ergoterapie susţinute de Societatea de ocrotire vor evolua calitativ, concretizîndu-se, în 1933, în cadrul Spitalului de psihiatrie din Sibiu, prin organizarea unei activităţi de ergoterapie ştiinţifică.

În decursul timpului şi pe măsura modernizării concepţiilor referitoare la boala psihică, orientările Societăţii de ocrotire a bolnavilor mintal se deplasează spre problemele de psihoigienă şi psihoprofilaxie, cu schimbarea corespunzătoare a denumirii în „Societatea de igienă şi profilaxie mintală". A funcţionat pînă în anul 1937, extinzîndu-şi aria de activitate de la judeţul Sibiu asupra altor zone ale Ardealului, Banatului, Crişanei şi Maramureşului.

691. **SOCIO-** (cf. lat. *socius* „asociat, tovarăş") ● Element de compunere care introduce referirea la social, societate.

692. **SOCIOAFECTIV** (cf. *socio-* ; lat. *affectivus*) ● Adjectiv ce desemnează aspectul motivaţional-afectiv al comportamentului în relaţie. Persoana se formează şi continuă să existe, în mod necesar, în şi prin relaţiile sale. Trebuinţa de relaţie este esenţială, susţinînd şi generînd orice contact interpersonal. Trebuinţa de relaţie se particularizează de la persoană la persoană (în sens generic, ea este unică şi fundamentală, în sens strict interpersonal, ea poartă amprenta primelor relaţii ale individului cu lumea şi se manifestă în diferite tipuri de relaţii, după natura afectelor vehiculate în aceste relaţii : supunere, ostilitate, cooperare, afiliaţie etc.). Atît socialul, cît şi afectivul sînt dependente de aspectul motivaţional. Acesta se modifică în funcţie de trebuinţele implicate în relaţie (dincolo de trebuinţa de relaţie în sine). Manifestările socioafective pot fi primare sau/şi secundare şi ele apar fie la nivelul relaţiei dintre două persoane, fie la nivelul relaţiilor de grup (stările de spirit din grup, contagiunile emoţionale, sentimentele sociale sînt exemple de asemenea manifestări).

693. **SOCIOANALIZĂ** (cf. *socio-* ; gr. *analysis* „descompunere") ● Analiza socialului, prin opoziţie cu psihanaliza.

MORENO consideră că este necesară o diferenţiere a diverselor modalităţi de abordare a grupurilor. El afirmă că există o psihoterapie analitică de grup, bazată pe psihanaliză, pe conceptele freudiene ; există şi o psihoterapie de grup socioanalitică, al cărei specific îl constituie folosirea conceptelor legate de grup, de interacţiunile membrilor grupului, de sociodinamica grupului.

A. A. SCHUTZENBERGER distinge, în perspectivă istorică, trei etape :

- stadiul preanalitic (Le BON, TARDE) ;
- stadiul analitic (FREUD, JUNG, ADLER, neofreudismul, existenţialiştii) ;
- stadiul supraanalitic, care le include pe primele două, se extinde la grup şi foloseşte conceptele dezvoltate de specialiştii care au studiat grupurile ; acest ultim stadiu este cel socioanalitic.

MORENO vorbeşte despre diferenţierea variantelor centrate asupra grupului şi a celor centrate asupra individului : „Socioanaliza unui grup va arăta dacă asocierea unor anumiţi participanţi va contribui la integrarea sau dezintegrarea personalităţii. Ea poate furniza în plus informaţii despre modul în care un individ va funcţiona în armonie cu alţi membri ai grupului".

694. **SOCIOBIOLOGIE** (cf. *socio-* ; gr. *bios* „viaţă" ; *logos* „cuvînt, discurs") ● Ştiinţă ce studiază originile biologice ale comportamentelor sociale. Promovată de un entomolog, E. O. WILSON, sociobiologia pleacă de la o premisă discutabilă, ce îmbină empirismul observaţiilor etologice („insectele sociale" au fost primul obiect de observaţie al lui WILSON) cu elemente antropomorfizante de sorginte neodarwinistă. Încercînd să asimileze cuceriri recente ale ştiinţelor biologice, sociobiologia aduce argumente din sfera darwinismului, neodarwinismului, mendelismului sau chiar a biologiei moleculare. Aceste date sînt prelucrate cu metodologii moderne, aşa cum procedează J. M. SMITH aplicînd comportamentelor agresive teoria jocurilor, pentru a explica evoluţia prin selecţie naturală : evoluţia ar fi

posibilă cînd indivizii ajung la o „strategie stabilă" din punct de vedere evolutiv, în contextul distribuirii diferitelor tipuri de agresivitate printre membrii unei colectivități, astfel că un individ (mutant) cu o altă strategie nu are multe șanse de a depăși rigorile selecției, adică de a supraviețui. Nu există deci selecție naturală de grup (care să rețină o mutație ipotetic favorabilă grupului, dar defavorabilă sau neutră individului), ci doar individuală (concluzii opuse părerii lui K. LORENZ); această „strategie stabilă" a evoluției corespunzînd unui echilibru suboptimal al grupului respectiv. Dacă în lumea animală această ipoteză ar putea fi acceptată, în societatea umană ea ar însemna o simplificare prin ignorarea factorului individual, care presupune opțiune și motivații chiar dacă atît în lumea animală, cît și în cea umană există numitorul comun al influenței genetice (în ciuda socializării fenotipurilor succesive prin educație și civilizație, genotipurile sînt identice, efectele specifice ale culturii umane grefîndu-se pe un substrat biologic constant genotipic în cadrul speciei).

Convingerea sociobiologilor în privința similitudinilor evolutive dintre societatea umană și cea animală este discutabilă. POPPER reproșează neodarwinismului și sociobiologiei caracterul tautologic : comportamentele observabile sînt confirmate de selecție, pentru că ele sînt optimale din punctul de vedere al capacităților productive ale individului. Deci, se postulează că orice comportament promovat de selecție este prin definiție optimal. Caracterul tautologic al neodarwinismului ar fi evitat, concepîndu-l ca ipoteză a unei „intervenții empirice în evoluție și nu ca teorie generală" (BOUDON și BOURRICAUD). Această „intervenție" urmărește beneficiul speciei prin beneficiul indivizilor și nu poate fi încă studiată în mod științific, ci doar acceptată ca atare.

Sociobiologia este o știință care se bucură de un oarecare succes (în ciuda problemelor ei metodologice nerezolvate), întrucît imposibilitatea unor „verificări" riguros științifice (experimentale) o face în același timp susceptibilă de infirmare, dar și de confirmare.

BOUDON și BOURRICAUD mai adaugă o serie de motive care justifică apariția și menținerea sociobiologiei ca știință : valoarea euristică a neodarwinismului (ca teorie de bază a sociobiologiei) pentru evoluție și soluțiile surprinzător de facile pe care sociobiologia le poate oferi dacă e ridicată la statutul de teorie științifică generală ; efectul spectaculos al explicării (chiar relativ superficiale) unor procese istorice ; în numele căreia evocă, plecînd de la paradigma neodarwinistă, „imaginea clasică a celei mai bune dintre lumi", în pofida implementării ei încă reduse în diversitatea complexă și dinamică a proceselor sociale.

695. **SOCIOCOGNITIV** (cf. *socio-* ; lat. *cognitio* „cunoaștere") ● Determinant care, în psihologie, desemnează latura socială a proceselor cognitive, atît prin aspectele generice, cît și funcționale și de conținut. Astfel, se consideră că speciei umane îi este caracteristică o expresie biologică cu determinare socială. Gîndirea s-a constituit ca fenomen complex în contextul evoluției generale a psihicului uman în procesul muncii și al comunicării individului cu semenii.

Cercetările de antropologie modernă (LÉVI-STRAUSS), de epistemologie genetică (J. PIAGET) și de psihologie a copilului (L. S. VÎGOȚKI) stabilesc că ordonarea impresiilor, sistematizarea informațiilor primite este intrinsecă spiritului uman. Procesele cognitive sînt modelate de interacțiunea individului cu factorii de mediu. Prin includerea încă de la naștere a individului uman într-un anumit mediu social, se formează anumite modalități de gîndire, înțelegere, interpretare, evaluare, anumite moduri de receptare a mediului înconjurător, modele de orientare perceptivă etc.

Studiile lui G. W. ALLPORT și L. POSTMAN au demonstrat că prejudecățile sociale intervin în memorarea și reactualizarea evenimentelor. R. LINTON relevă rolul influențelor generale și permanente ale mediului social prin constituirea „personalității bazale" (*basic personality*).

În sens restrîns, fenomenele sociocognitive sînt acele procese de cunoaștere al căror conținut este predominant social. Astfel, percepția socială reflectă relațiile umane, interacțiunea persoanelor, procesele psihosociale dintr-o colectivitate ; memoria socială reprezintă reactualizarea unor experiențe de viață ce aparțin unei colectivități umane.

696. **SOCIOCULTURAL** (cf. *socio-* ; lat. *cultura*) ● Determinant exprimînd variațiile și diferențierile ce intervin în același cadru social, în dependență de particularități culturale ca : tradiții, moravuri, mentalitate etc. Factorii culturali, constituiți social-istoric, influențează personalitatea umană, conferindu-i un anumit specific, astfel încît unul și același fenomen psihic capătă valori diferite în cadrul diverselor culturi.

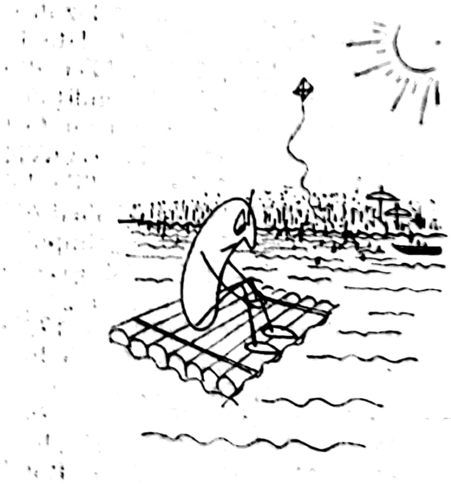
697. **SOCIODRAMĂ** (cf. *socio-* ; gr. *drama* „acțiune") ● Improvizație dramatică al cărei obiect îl constituie problemele sociale (generale) implicate în existența unui individ. MORENO afirmă că, spre deosebire de psihodramă, „sociodrama tratează aspectul social sau colectiv al problemelor, relațiile particulare dintre indivizi fiind trecute în planul doi ; nu este vorba de o dramă socială scrisă de un autor". Tot MORENO definește sociodrama ca o metodă de cercetare activă și profundă a ideologiilor colective.

A. A. SCHUTZENBERGER consideră că nu există diferențieri foarte nete între psihodramă și sociodramă, cea de a doua transformîndu-se, de obicei spontan, în „ceva" mult mai profund, adică în psihodramă.

698. **SOCIOFILIE** (cf. *socio-* ; gr. *philein* „a iubi") ● Tendința de a se afla în societate, ce a căuta un anturaj, uneori în dauna calității acestuia.

Trăsătura este mai frecventă la subiecți extrovertiți, hipomaniacali, apărînd uneori în episodul maniacal. Uneori se manifestă și la depresivi, constituind expresia nevoii de a fugi de singurătate, expresia solicitării unui sprijin. La personalitățile isterice derivă din nevoia de a avea spectatori. A fost descrisă de SHELDON.

699. **SOCIOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. *socio-* ; gr. *phobos* „frică") ● Teama de societate, de anturaj, de urmările și implicațiile relațiilor sociale.



Poate determina o tendință de izolare, evitarea contactelor interumane. Se întîlnește la indivizii introvertiți, în nevroza obsesivo-fobică, în schizofrenie, depresie (mai frecvent decît sociofilia) etc.

700. **SOCIOGENEZĂ** (cf. *socio-* ; gr. *genesis* „origine") ● Termen care cunoaște două accepțiuni :

● Proces istoric de transformare a hoardelor de antropoizi în comunități sociale. Datorată desprinderii hominizilor de regnul biologic, odată cu apariția și generalizarea muncii ca modalitate specific umană de adaptare la mediu și de satisfacere a nevoilor vitale, sociogeneza a constat în instituirea unor noi forme de conviețuire, bazate pe diviziunea (mai întîi naturală) a muncii și pe formele de colaborare pe care le presupune aceasta, pe comunicarea prin intermediul limbajului articulat și pe anumite forme rudimentare de reglementare normativă a relațiilor dintre membrii comunității, din care, ulterior, au evoluat morala, dreptul, organizarea și conducerea politică.

● În psihopatologie, proces patogenic și/sau patomorfic determinat de condiții sociale nefavorabile. Are efectul opus integrării sociale (psihosociale) și socializării individului. Nu totdeauna aceste condiții sînt responsabile în exclusivitate de apariția unei tulburări psihice, experiența psihică anterioară și vulnerabilitatea personalității fiind factori predispozanți. Mecanismele sociogenetice (psihosociogenetice) pot fi subordonate uneori celor psihogenetice (cînd pe lîngă condiția exogenă, totdeauna prezentă, există și criteriul jaspersian al inteligibilității), rezultînd reacții și dezvoltări patologice ; alteori însă, aceste mecanisme sînt mai complexe și greu decelabile, esența lor fiind atribuită unei distorsiuni a comunicării. Problema generală a „determinismului sociologic" a constituit, de altfel, problema inițială a sociologiei și a fost necesar un timp îndelungat pentru a se accepta că există atîtea tipuri de determinisme cîte tipuri de grupuri și chiar de „societăți globale" există (FAUCONNET, MAUSS).

Sociologia stabilește tipurile „fenomenelor sociale totale" (MAUSS) pe fundamente empirice, identificînd trei niveluri diferite : „societăți globale", grupuri sau clase sociale, forme de „sociabilitate" (modalități ale relațiilor sociale și afective). Se disting astfel mai multe tipuri sociologice : „microsociologice", „grupuri", „societăți globale" care se interinfluențează reciproc (GUREVICI), la nivelul fiecăruia dintre ele putînd-se desfășura și influențele socio-patogenetice asupra individului.

Psihologia socială concepe tulburarea de comportament ca eșec al socializării și înlocuire a acesteia cu sociogeneza deviantă, de obicei, la nivelul grupului primar. Argumentul sociologilor este longevitatea istorică a unor grupuri subculturale deviante și chiar perpetuarea socială a statutului lor (prostituatele, proxe neţii, hoţii de buzunare), obiectivate şi prin existenţa limbajului argotic specific, a obiceiurilor etc. Achiziţia acestor comportamente deviante, iniţial învăţate, s-ar face pe întreaga durată a vieţii.

Punctul de vedere al psihologiei clinice şi al psihopatologiei susţine dimpotrivă eşecul socializării prin existenţa unei tulburări psihice sau de personalitate iniţiale, care favorizează învăţări cu imitaţii defectuoase. Mai realistă este substituirea celor două perspective, socializante şi psihosocializante, cu intervenţia lor conjugată, în grade diferite, în geneza comportamentelor deviante.

Această interacţiune nu trebuie concepută în termenii psihologismului sociologic, conform căruia orice grup social este alcătuit din conştiinţe individuale aflate în interacţiune (TARDE, COOLEY, WIESE ş.a.) şi care reduce raportul interpersonal la latura sa psihologică. Dincolo de latura afectiv-preferenţială (MORENO), interperceptivă şi comunicativă, relaţiile interpersonale realizează o dimensiune axiologică (perceperea valorică a partenerului şi a interacţiunii) şi, prin intermediul relaţiilor funcţionale ocupaţionale, se înscriu în contextul larg al relaţiilor sociale. Acestea circumscriu existenţa socială, definită prin legile relaţiilor de producţie, ale diviziunii muncii, ale raporturilor om-natură şi de clasă, ale relaţiilor familiale, sistemelor de comunicaţie socială, cadrelor instituţionalizate, sistemelor normative şi axiale care stabilesc statuturile şi rolurile. Devine astfel evidentă dificultatea definirii ştiinţifice a psihosociogenezei, dată fiind complexitatea structurii vieţii şi realităţii sociale, a interferenţelor (pozitive sau negative) exercitate dinspre acestea spre grupul primar şi de aici spre individ. Expresia armonizării individului în contextul social este competenţa socială (abilitatea individului de a îndeplini rolurile sociale corespunzătoare aspiraţiilor sale), care se realizează printr-o bună dezvoltare intelectuală, stimulări afectiv-relaţionale optime, continue şi precoce, consecvenţa axiologică în procesul educaţional. Pierderea acestei competenţe, cu neîncrederea în sine consecutivă, constituie un factor de risc (vulnerabilitate) pentru apariţia unei tulburări psihice (SMITH, 1968 ; CLAUSEN, 1980).

Cauzele sociogene ale pierderii acestei competenţe pot lua forma anomiei şi a alienării. Absenţa sistemului normativ instituţionalizat (anomia) privează individul de suportul valorificării sale sociale, generînd instabilitate, pierderea sensului vieţii, o stare de insecuritate generală, asociată cu niveluri crescute de anxietate şi agresivitate prin „carenţa modelelor instituţionalizate stabile" (cultură) (DISERTOR, PIAZZA — 1970), necesare integrării sociale, instabilitate cu potenţial psihopatologic (DURKHEIM — 1897, MERTON şi MISBERT — 1964, PARSONS — 1961). Alienarea socială reifică fiinţa umană, îndeosebi atunci cînd aceasta se integrează involuntar, necritic în sistemul respectiv (TULLIO-ARTAN — 1968) şi mai ales cînd acesta este disfuncţional, inducînd, de asemenea, trăiri de înstrăinare în privinţa sensului existenţei, angoasă, depresie.

Pînă în prezent, au fost realizate cîteva modele sociogenice, îndeosebi pentru schizofrenie :

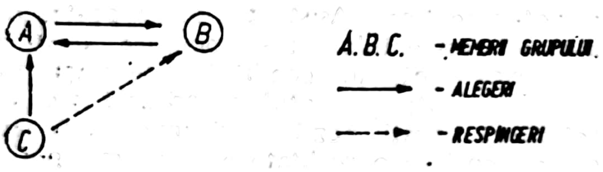
- „părinţi schizofrenogeni" (mama hiperprotectoare, posesivă sau rece, rejectantă, tată absent psihologic sau rigid, hiperdominator) ;
- teoria schismei maritale (LIDZ, 1957), cu necomunicare optimă interparentală şi ataşare excesivă a copilului de unul dintre părinţi ;
- teoria „dublei legături" (BATESON, 1956 şi Şcoala de la Palo-Alto, 1967), conform căreia copilul primeşte de la un părinte mesaje ambivalente, contradictorii, pe care nu le poate discrimina ;
- teoria familiei distorsionate.

Deficienţa acestor teorii este relativitatea. Astfel, spre exemplu, situaţia de dublă legătură poate fi consecinţa şi nu cauza schizofreniei, neefectuîndu-se încă studii controlate în această direcţie (HOWELLS, 1968). Nici alte modele ale impactului etiologic al condiţiilor sociale (de sărăcie şi precaritate) nu au fost acceptate (ca binecunoscutele studii MIDTOWN Manhattan — SROLLE — 1939, studiile lui FARIS şi DUNHAM — 1930, HOLLINGSHEAD şi REDLLICH — 1958). Teoria „cîmpului psihosocial" (K. LEWIN — 1935) îşi găseşte confirmare în studiile moderne asupra „reţelelor de sprijin social" (HAMMER — 1981) ca factor de susţinere a adaptabilităţii bolnavului la solicitările vieţii, în studiile asupra rolului evenimentelor de viaţă (DAY — 1981, DOHRENWEND şi EGRL — 1981) şi „hărţuirile cotidiene" (KANNER — 1981). Rolul sociogenezei în delincvenţa juvenilă este însă bine demonstrat, în timp ce alte teorii (cea a reactanţei sau a etichetării sociale — SCHEFF 1966, antipsihiatria) cad în extrema sociologizantă.

Psihiatria socială, sociometria, psihiatria transculturală şi etnopsihiatria au trasat direcţii de cercetare ale sociogenezei, oferind date mai mult sau mai puţin edificatoare în acest sens. Concepte ca „matrice sociometrice" (MORENO), „personalitate de bază" (KARDINER), „personalitate modală" (DUBOIS), „personalitate de statut" (LINTON), „caracter naţional" (M. MEAD şi E. FROMM) au căpătat valoare operaţională în cercetările complexe de socioanaliză (1932, MORENO) asupra rolului sociogenezei în bolile psihice.

701. **SOCIOGRAMĂ** (cf. *socio-* ; gr. *gramma* „literă") ● Reprezentare grafică a relaţiilor interpersonale într-un grup social (a alegerilor şi respingerilor reciproce între membrii grupului). Se obţine astfel configuraţia specifică grupului, configuraţie care oferă date despre structura grupului. Pe baza unei sociograme se pot face aprecieri asupra gradului de coeziune a grupului, a gradului de dezintegrare, a poziţiei indivizilor în grup (lideri, indivizi izolaţi) etc.

Exemplu de sociogramă :



702. **SOCIOLOGIE ŞI PSIHIATRIE** ● Fiind ştiinţa care studiază procesele sociale, relaţiile interumane şi instituţiile din orînduirea socială existentă, din punctul de vedere al ansamblului social, sociologia este nemijlocit legată de psihiatrie. Dezvoltîndu-se în secolul nostru ca o disciplină preponderent aplicativă, bazată pe investigarea nemijlocită a proceselor sociale, sociologia şi-a sporit continuu principala sa funcţie — aceea de a contribui la rezolvarea problemelor sociale şi la optimizarea funcţionării mecanismelor sociale. Tipul de societate şi direcţia pe care ea se dezvoltă condiţionează în mod nemijlocit modul de manifestare a personalităţii umane, aceasta purtînd semnul culturii şi al organizării sociale ale societăţii căreia îi aparţine. Într-o viziune socio-antropologică Eul izvorăşte din procesul de interacţiune socială şi de structurare a obiectivelor şi motivaţiilor unei persoane, ca şi din produsul unor norme valorice culturale.

În dorinţa de a obţine date cît mai fidele privind proiecţiile şi dilemele omului în societate de-a lungul mileniilor pînă în secolul nostru, sociologia şi-a identificat investigaţiile şi stilul anchetelor sale, obţinînd un prestigiu şi o influenţă crescîndă în domeniul socialului concret (servicii, procese şi schimbări sociale). Avînd numeroase puncte de contact cu psihiatria, atît în teorie, cît şi în modalităţi de investigare, sociologia îi poate influenţa semnificativ progresul, prin relevarea motivaţiilor inconştiente la nivelul grupului, prin studiul relaţiilor individului cu societatea. Sociologii sprijină medicii psihiatri în descifrarea dimensiunilor sociale ale bolilor psihice, iar medicii oferă sociologilor posibilitatea de a cunoaşte influenţa socialului asupra patologiei umane. Astfel, „sociopsihiatria" reprezintă astăzi expresia sintezei interdisciplinare necesară aprofundării relaţiilor complexe ale omului sănătos sau bolnav cu societatea căreia îi aparţine (→ PSIHIATRIE SOCIALĂ).

Astfel, problemele cotidiene ale unui pacient reprezintă „oglinda" şi, în acelaşi timp, izvorul de informaţii din realitatea social-culturală, incluzînd atitudinea colectivităţii faţă de bolnav, incidenţa legislaţiei societăţii respective asupra individului în viaţa de fiecare zi, modificările raporturilor sociale etc.

Sociologia, neignorînd existenţa diferenţelor între indivizi, încearcă să relieveze diferenţele între organizările sociale şi tipurile de comportament, poziţia pe care o ocupă individul în cadrul structurii sociale, modul în care aceasta influenţează viaţa individului şi în care individul influenţează structura socială („cum îşi trăieşte viaţa şi cum crede că o trăieşte"). În acelaşi timp, sociologia încearcă punerea în valoare a miturilor, credinţelor care s-au menţinut pe toată perioada dezvoltării structurilor sociale existente.

Relaţia stabilită între individ şi societate, ca şi cele din interiorul unui grup, constituie domeniul de studiu al tipologiei sociale care concepe dezvoltarea individualităţii umane în strînsă interacţiune cu factorul social, prin intermediul procesului de socializare (prin care persoana adoptă stilul de viaţă impus de societatea căreia îi aparţine, devenind un participant activ al său) şi al operării proceselor de control social.

Sociologia americană a cunoscut o puternică dezvoltare în deceniile ce au urmat celui de-al doilea război mondial, iar cercetările conexate de psihiatrie reprezintă un punct de plecare pentru înţelegerea cît mai complexă a acesteia. Promotori ai conceptului „interacţiunii simbolice" în sociologie, G. H. MEAD, H. BLUMER, L. S. COTTREL, G. SWANSON, A. STRAUSS, G. GOFFMAN au relevat, prin lucrările lor, importanţa interpretării pe care o persoană o acordă atît propriului comportament cît şi al celorlalţi, în funcţie de determinismul fundamental al aspectelor raţionale, conştiente şi finaliste ale comportamentului (CLAUSEN, 1982). Începind cu relațiile care apar între copilul mic și părinții săi, de la naștere, și continuînd cu învățarea și folosirea gesturilor, limbajului, jocului și cu însușirea altor semnificații în cursul procesului de învățămînt și instruire, personalitatea își exercită, progresiv, controlul asupra sistemului simbolic. Alcătuită din sumarea acțiunilor individuale, acțiunea colectivă este, deci, strîns legată de acestea, fiind o consecință, un rezultat al interpretărilor situațiilor sociale și al acțiunii celorlalți. În acest context, conceptul sociologic de „rol" conferă individului o viziune coerentă asupra poziției sale în cadrul grupului și al rețelei relațiilor sociale. Mama, tatăl, fiul, fiica, medicul, pacientul etc. se află în relația de rol, fiecare avînd condiția sa socială specifică. Spre deosebire de primele exemple, care, în virtutea unor relații biologice și-au menținut rolurile relativ constante, relația medic-pacient a suferit schimbări considerabile, impuse de noile relații sociale.

În situația în care un individ se prezintă la medic pentru suferințele sale, el își asumă „rolul de bolnav" („sick-role"); acest rol are multiple forme de exprimare, în funcție de tipul și stadiul bolii și de nivelul cultural al subiectului.

P. HEIM (1980), menționînd studii britanice și americane, arată că cel puțin trei persoane din patru sînt afectate în fiecare lună de suferințe care le determină să ia medicamente, să stea în pat, să se menajeze sau să se adreseze medicului, intrînd astfel în rolul de bolnav. Datele nu se referă la persoanele ce își consideră tulburările ca pe o stare de moment și le neglijează.

În concepția lui SIEGRIST, rolul de bolnav desemnează acea traiectorie urmată de pacient de la apariția primelor semne de boală pînă la vindecare sau pînă la starea de bolnav cronic și la moarte. După opinia sociologului american PARSONS, rolul de bolnav este marcat de patru aspecte:

- eliberarea de obligațiile ce decurg în mod normal din rolul social;
- eliberarea de responsabilitatea personală a bolnavului, în funcție de starea sa;
- obligația de vindecare, fiindcă socialmente nu este de dorit să fii bolnav;
- obligația de a apela la un ajutor calificat și de a coopera cu medicul.

Integrînd influențele sociale și culturale, bolnavul elaborează modele de reacții individuale în fața bolii, în care amestecă, în grade variabile, experiențele personale, reprezentările și fantasmele, ceea ce confirmă, încă o dată, antica aserțiune că „nu există boli, există bolnavi".

Includerea în cadrul serviciilor de asistență psihiatrică a asistenților sociali are o importanță legată nu numai de complexitatea acțiunii terapeutice, ci și de unele aspecte asociate cu diagnosticul, profilaxia sau reinserția socială din bolile psihice.

Este de remarcat faptul că raporturile dintre medic, asistentul social și bolnav sînt determinate, pe de o parte, de un context social comun, iar pe de altă parte, medicul și asistentul social sînt deopotrivă implicați în relația cu bolnavul psihic, echipa medico-socială trebuind să răspundă, în același timp, nevoilor bolnavului și exigențelor comunității. În această relație trinominală (pacient-medic-asistent social), pacientul este individul al cărui echilibru psihic este distrus pe o durată variabilă de timp, fie din rațiuni personale, fie datorită condițiilor externe. Medicul posedă „instrumentarul" necesar restabilirii sau ameliorării acestui echilibru (medicație, tehnici psihoterapeutice). Asistentul social poate, cu ajutorul pacientului, să-i modifice acestuia din urmă contextul condițiilor de viață. El poate să ajute pacientul să trăiască sau să retrăiască situații pozitive, să investească sau să reamenajeze o realitate externă mai puțin frustrantă.

Fiecare societate posedă un sistem de valori, o legislație, condiții de viață proprii, pe care le-a creat și ale căror consecințe le suportă indiferent dacă ele sînt pozitive sau negative. În acest context, elementele esențiale ale activității medico-sociale sînt identificarea și prevenirea acelor anomalii ale structurii sociale ce pot afecta sănătatea psihică.

Studiile sociologice au evidențiat în mod clar importanța factorilor educativi, instructivi, formativi în spiritul muncii, al unei activități profesionale utile, ceea ce constituie în același timp o modalitate unică și puternică de predicție a atitudinilor, valorilor și stilului de viață ale adolescentului. Socializarea prin muncă, prin exercitarea unei profesiuni favorizează dobîndirea autoîncadrării și autocontrolului — premise necesare pentru stabilitatea și soliditatea eșafodajului personalității. În sprijinul acestei acreditări, constituie argumente și observațiile privind creșterea frecvenței comportamentelor deviante în populațiile la care valoarea profesională este depășită de alte criterii, considerate mai importante.

Toate societățile sancționează negativ acele comportamente ce contravin normelor general acceptate, instituind un control social ce constă, concomitent, din internalizarea parțială de către individ a normelor și valorilor societății și din instituționalizarea pedepsirii devianței.

După cum arată J. A. CLAUSEN, în societățile complexe, normele și valorile sînt supuse variațiilor dintre straturile sociale, grupurile subculturale și alte categorii diferențiale. De asemenea, s-a constatat că, în unele cazuri (emigranți, grupuri etnice), se întîlnește mai frecvent fenomenul de marginalizare a grupului sau a persoanei decît în grupurile majoritare ale societății, existînd un risc crescut pentru apariția comportamentului deviant.

Studiile lui DURKHEIM, devenite clasice, au constituit punctul de sprijin al cercetărilor de sociologie prin concluziile privind variația, în sens invers, a ratei suicidului cu gradul de integrare socială. De asemenea, se citează lucrările datorate lui MERTON care relevă riscul înalt al apariției comportamentului deviant și al dizarmoniei în societățile care pun accentul pe obținerea succesului pecuniar, la care, în mod evident, nu toți membrii societății au acces. Astfel, gradul mai mare sau mai mic de excludere de la normele grupurilor dominante în societate generează tensiuni crescute și conflicte interne la indivizii respectivi.

Noțiunea de competență socială (capacitatea unui individ de a-și însuși și practica rolurile sociale, atît cele care îi sînt atribuite, ca atare, cît și cele către care aspiră) conferă un nou sens conceptului de adaptare socială. Dezvoltarea competenței persoanei asigură întărirea Eului prin necesitatea unui anumit nivel de autostimă. Diminuarea acesteia afectează în mod semnificativ dezvoltarea cognitivă a individului, după cum relevă informațiile obținute din studiile efectuate asupra bolnavilor psihici, a căror deficiență în competență și autoîncredere le conferă un mare grad de vulnerabilitate la boală.

S-au inițiat studii deosebit de interesante privind evidențierea relațiilor dintre boala psihică și condițiile sociale, în ciuda evidentelor dificultăți și a aspectului unilateral al acestei abordări. Astfel, cercetătorii din Statele Unite, în studiile privind incidența și prevalența bolilor psihice, au încercat să evidențieze preponderența acestora în anumite categorii sociale, observînd că simptomele psihice erau mai frecvente în rîndul claselor sociale inferioare, comparativ cu cele medii și superioare, la persoanele care nu reușiseră să se integreze într-un sistem solid de relații sociale, la indivizii lipsiți de un rol social util, la persoanele care suferiseră traume sociale în cele cîteva luni care precedaseră momentul investigării. Nefiind încă în posesia unor răspunsuri ferme la întrebările: dacă experiențele particulare de viață sau anumite circumstanțe sociale pot genera tipuri specifice de boală psihică și, dacă da, în ce grad, sociologii recunosc necesitatea întreprinderii unor ample cercetări periodice și longitudinale cu privire la sănătatea mintală.

Referindu-se la situația asistenței medicale psihiatrice din SUA, cercetătorii au constatat că prezentarea populației la consultație și tratament era diferită în funcție de poziția socială a bolnavilor, astfel: cei aparținînd clasei inferioare se supuneau mai greu tratamentului (în multe cazuri, acesta fiind impus de autorități), iar cei aparținînd clasei superioare acceptau tratamentul psihiatric fie din proprie inițiativă, fie la recomandarea medicului curant sau a familiei. În același sens, s-a observat că bolnavii schizofreni proveniți din clasa inferioară necesitau o perioadă mai lungă de spitalizare, fiind mai expuși unei evoluții cronice. Un alt factor de risc incriminat în apariția schizofreniei (comunicat pentru prima oară de DURKHEIM și FARIS, 1930) îl reprezintă în mod constant perturbarea relațiilor sociale normale încă din timpul copilăriei. Studiile lui GOLDHAMER și MARSHALL (1953), EATON și WEIL (1955) au reliefat și ele ponderea pe care o au schimbările sociale în modificarea relațiilor sociale, constituind una dintre cauzele importante ale tulburărilor psihice. Astfel, situațiile de criză economică, de război, calamitățile naturale generează sau însoțesc o simptomatologie manifestă derivată din problematica exercitării rolurilor în care sînt ancorați indivizii în societatea respectivă.

HOLLINGSHEAD și REDLICH (1958) au relevat, prin cercetările întreprinse la New Haven, că prevalența bolilor psihice era invers proporțională cu statutul social, ca și durata spitalizării și prognosticul. În privința formei de asistență psihiatrică, tratamentul ambulatoriu era mai frecvent întîlnit și mai bine suportat de clasa superioară, la care și remisiunile psihozelor schizofrenice erau mai bune.

SROLE și colab. (1962), folosind metoda interviului structurat la un sector transversal de populație (studiul „Midtown Manhattan" privind prevalența tulburărilor psihice), au găsit că simptomele erau mai frecvente la persoanele cu statut social coborît (dintre care aproape jumătate erau celibatare) decît la cele cu statut social ridicat, deși în cazul schizofreniei semnificația statutului social s-a dovedit a fi ambiguă. BROWN şi BIRLEX (1968) dovedesc, însă, prin rezultatele studiilor lor că modificările pe planul social al existenţei pot precipita debutul schizofreniei. ■

Combătînd imaginea stereotipă creată la un moment dat chiar şi în societatea modernă, despre bolnavul mintal, sociologii au căutat să demonstreze că nu toate tulburările apărute la un moment dat şi avînd un caracter tranzitor (după surmenaj, stres, o boală somatică etc.) sînt neapărat boli psihice, subliniind necesitatea urmăririi comparative a evoluţiei simptomatologiei în funcţie de personalitatea premorbidă, tipul de tratament şi răspunsul la el, încărcătura ereditară a familiei etc.

Concomitent cu evoluţia conceptului de boală psihică şi a rolului de bolnav mintal, au fost întreprinse o serie de studii asupra organizării şi funcţionării spitalului de psihiatrie, dintre care cele ale lui SHANTON şi SCHWARZ (1954) au relevat implicaţiile terapeutice ale organizării formale şi informale ale acestuia. Alţi autori şi-au focalizat atenţia asupra rolului personalului de îngrijire a bolnavilor psihic, aducînd critici situaţiei existente în deceniile 5 şi 6 în SUA, unde exista o accentuată dihotomie între „lumea celor internaţi" şi personalul de îngrijire ce avea un pregnant aspect autoritar şi exercita un control represiv asupra bolnavilor, şi chiar asupra accesului acestora la medic.

GOFFMAN (1961), WING şi BROWN (1970) au subliniat anacronismul structurilor sociale gigantice ale spitalului de psihiatrie şi al mecanismului de control social exercitat de acesta în SUA, ca şi necesitatea combaterii consecinţelor nefavorabile asupra reintegrării sociale a bolnavilor dintr-un asemenea spital de psihiatrie.

Sociologia şi-a adus contribuţii importante în reconsiderarea stigmatului de bolnav psihic prin măsurile de educaţie din domeniul sănătăţii mintale, promovate de serviciile ambulatorii de asistenţă şi de comunitatea însăşi. De asemenea, cercetările sociologice au adus unele clarificări în privinţa influenţei pe care schimbările şi condiţiile sociale survenite la vîrsta a treia le au în declanşarea unor tulburări psihice. Odată cu creşterea înţelegerii şi toleranţei societăţii faţă de bolnavul psihic s-a modificat semnificativ şi concepţia privitoare la cronicitatea schizofreniei.

Investigaţiile complexe, multidisciplinare (sociologie, antropologie, economie) vor contribui, fără îndoială, la îmbogăţirea cunoştinţelor despre psihicul normal şi patologic şi vor ajuta la alcătuirea unor eficiente programe de sănătate mintală.

703. **SOCIOMATRICE** (cf. *socio-* ; lat. *matrix*) ● Metodă de prelucrare şi înscriere grafică a datelor obţinute prin aplicarea unui test sociometric. Se reprezintă grafic printr-un tabel cu dublă intrare : pe orizontală şi pe verticală se înscriu numele subiecţilor grupului care au completat testul sociometric ; pe verticală, în dreptul numelui fiecăruia se notează alegerea exprimată de subiect, corespunzător numelui pe orizontală ; rezultă, pentru fiecare subiect, pe verticală alegerile primite de la ceilalţi, iar pe orizontală cîte alegeri a exprimat fiecare subiect :

	A	B	C	D	E	
A	▨	X				1
B		▨	X			1
C		X	▨			1
D			X	▨		1
E		X			▨	
	0	3	2	0	0	▨

SOCIOMATRICE

Fie un grup de cinci subiecţi : A, B, C, D, E ; fiecare dintre membrii grupului trebuie să opteze pentru un lider. Opţiunile se distribuie astfel :

A → B 0 1 0 0 0
B → C 0 0 1 0 0
C → B 0 1 0 0 0
D → C 0 0 1 0 0
E → B 0 1 0 0 0

MATRICEA MATEMATICĂ A ALEGERILOR

Fiecare subiect face o singură alegere pentru lider ; fiecare subiect primeşte după cum urmează : A = 0 alegeri ; B = 3 alegeri ; C = 2 alegeri ; D = 0 alegeri ; E = 0 alegeri ; cel mai bun statut sociometric îl are B, urmat imediat de C. Statutul sociometric indică numărul de alegeri primite de fiecare subiect, prin însumarea pe verticală a alegerilor primite sau prin formula : $\frac{N}{M-1}$ în care : N = numărul alegerilor primite ; M = numărul subiecţilor ; pentru subiectul B : $\frac{3}{5-1} = \frac{3}{4} = 0{,}75$, deci B a fost ales 75% pentru funcţia de lider. Persoana care întruneşte numărul cel mai mare de alegeri se caracterizează prin :

- oportunitate mare în interacţiune ;
- răspunsurile cele mai adecvate în raport cu normele şi valorile grupului ;
- asemănarea cu cei care o aleg ;
- perceperea persoanei respective de către alegători ca fiind alături de ei, ca apreciindu-i favorabil.

Persoana aleasă favorizează un transfer pozitiv de la alegător spre sine (C. W. BACKMAN şi pe P. F. SECORD, citaţi de M. ZLATE, 1972).

704. **SOCIOMETRICE**$^{(T)}$ teste ● Tehnici de sondare a sociabilităţii, permiţînd relevarea relaţiilor simpatetice (de atracţie sau de respingere) dintre membrii unui grup.

Se disting mai multe variante de explorare sociometrică a structurii grupului.

În afara „testelor obiective de relaţii sociale", care utilizează probe de performanţă ce reclamă colaborare pe subgrupuri, se enumeră :

- chestionarele sociometrice de adaptare şi sociabilitate (care pun în evidenţă structurile sociale ale grupului : ierarhia, coezivitatea, statutul social al diferiţilor membri ai grupului) ;
- testele sociometrice propriu-zise (care măsoară circumferinţa socială a grupului, sub aspectul relaţiilor afective care există între membrii lui) ;
- testele de evaluare a reputaţiei locaţionale (care pun în evidenţă „efectul de reputaţie" prin care o persoană este apreciată şi evaluată social, atît în grup cît şi în afara grupului) ;
- testele de evaluare a percepţiei sociale, care relevă măsura în care un individ îşi poate percepe poziţia în structura preferenţială a grupului sau poate sesiza de cine din grup a fost ales (preferat) şi de cine a fost respins.

Testele sociometrice pot fi de tip chestionar, „creion-hîrtie", „lucrative" (constînd în desfăşurarea unor activităţi oarecare sau strict determinate, dar care implică o colaborare interpersonală) sau mixte.

Rezultatele înregistrate sub formă de „alegeri" şi de „respingeri" sînt redate pe un tabel cu dublă intrare, numit „sociomatrice" (pe care pot fi calculaţi o serie de indici sociometrici simpli), tabel ce revine la reprezentarea grafică a structurii relaţiilor din cadrul grupului studiat.

705. **SOCIOMETRIE** (cf. *socio-* ; gr. *metron* „măsură") ● Concepţie teoretică „microsociologică", interesată să sondeze realitatea „microscopică" a societăţii (respectiv, interacţiunile sociale în grupurile mici) ; grup de metode şi tehnici obiective (situate la intersecţia sociologiei cu psihologia : ancheta sociometrică, testele sociometrice, psiho- şi sociograma), elaborate de J. L. MORENO şi expuse în renumita lucrare „Cine va supravieţui ?" (1943).

Puternic influenţat de FREUD, MORENO îşi propune să exploreze structura intimă şi „latentă" a grupurilor sociale, prin măsurarea relaţiilor afective preferenţiale, simpatetice dintre membrii lor. Provocate experimental, prin anchete şi teste sociometrice, răspunsurile de „alegere" (atracţie) şi de „respingere" (rejecţie), obţinute de la fiecare individ al grupului dinspre toţi ceilalţi membri, se prelucrează matematic şi se reprezintă grafic sub forma unei sociograme. Aceasta reflectă „manifest", structura intimă a grupului studiat.

Dintre conceptele explicative ale sistemului sociometric, pot fi menţionate : atom social (individ), socioid (molecule sociale), clasoid (grup social), tebelement (unitate minimală de ordin afectiv ce poate fi comunicată interpersonal).

Deşi eficienţa metodelor sociometrice este limitată de teoria care le fundamentează, ele şi-au găsit o largă aplicabilitate, atît în industrie, comerţ sau educaţie, cît şi în sport, armată sau medicină.

Principiile dinamicii de grup, testele de evaluare a sociabilităţii, psihodrama şi sociodrama sînt achiziţii de preţ ale psihiatriei din sistemul sociometric creat de MORENO.

Actualmente, există un număr impresionant de reviste de sociometrie, de cercetări, institute şi secţii de cercetare (chiar şi o Academie Moreno), iar la multe dintre congresele internaţionale se prezintă lucrări de sociometrie.

706. **SOCIOMORFISM** (cf. *socio-* ; gr. *morphe* „formă") — sin. SOCIOCENTRISM ● Tendinţă individuală de raportare la societate, societatea fiind apreciată ca superioară individului. Termenul aparţine lui J. PIAGET. Sociomorfismul ar reprezenta un proces de modelare a persoanei după un tipar social. Opusul sociocentrismului este egocentrismul. Capacitatea individului de a se raporta la societate este legată de echilibrul său psihic.

O maladie psihică provoacă fie dificultăţi de reglare a conduitei faţă de social, fie o ruptură intre individual şi social ; primul caz este specific nevroticilor, personalităţilor dizarmonice, situaţiilor de criză ; in al doilea caz, ruptura apare ca efect al pierderii simţului realului (in psihoze) şi nu neapărat ca detaşare şi izolare de social, dar şi ca raportare paralelă, ca refuz al societăţii, aşa cum este ea in mod real (de fapt, refuz al semnificaţiilor socialului şi al semnificanţilor acestuia). Defensele nevrotice mistifică socialul, păstrind individul in cadrul realului. Defensele psihoticului, stimulate prin insăşi ameninţarea de destructurare a psihismului, neagă socialul in cadrul unui proces mai larg de negare a realului. În cazul in care psihoza antrenează regresie, raportarea la social regresează şi ea printr-un regres al trebuinţelor şi o reintoarcere (eventual reinvestire) egocentrică.

707. **SOCIOPATIE** (cf. *socio-* ; gr. *pathos* „incercare, experienţă") ● Denumire datorată lui PARTRIDGE (1930) şi utilizată indeosebi in literatura anglo-saxonă (ultimul tratat englez de psihiatrie, editat de G. SHEPHERD in 1983—1984, il mai menţine incă drept denominativ al aproape tuturor formelor de dizarmonii de personalitate) pentru a desemna acele dizarmonii de personalitate in cadrul cărora dezadaptarea relaţională şi comportamentală se manifestă in special sub forma conflictului permanent al dizarmonicului cu normele sociale. Termenul este astăzi abandonat in literatura psihiatrică din alte ţări, ca şi in manualele şi sistemele diagnostice, fiind inlocuit cu acela de personalitate antisocială (DSM III). Inconvenientul termenului de sociopatie rezidă in eludarea celorlalte aspecte dezadaptative ale tulburării şi in accentuarea exclusivă a celui social. De asemenea, denumirea de sociopatie poate sugera o motivare exclusiv sociogenetică a apariţiei tulburării, ceea ce — conform criteriilor personalităţii antisociale, acceptate in prezent — nu corespunde realităţii. Acest tip de tulburări presupun o importantă componentă nucleară, constituţională, argumentată şi de prezenţa sa, ca şi a alcoolismului, la părinţii de sex masculin (ROBINS, 1966) sau de ratele ridicate de concordanţă, in studiile genealogice, intre sociopatie, delincvenţă şi criminalitate (ceea ce pare firesc, ţinind seama că mulţi delincvenţi şi mari criminali sint personalităţi antisociale : GUZE — 1970, MEDNICK, CHRISTIANSEN — 1977, SLATER, COVIE — 1971). SILK (1923) anticipează termenul de sociopatie vorbind de un grup de „psihopatii constituţionale" sau „sociale", prin care definea tulburările manifestate prin dezadaptare, in special la nivel social, considerindu-le de cele mai multe ori dobindite (KARPMAN, 1924). PARTRIDGE defineşte sociopatia ca stare psihopatologică, delimitind-o de starea morbidă propriu-zisă, ce constă in stabilirea de către subiect de relaţii sociale „deviate sau patologice". El distinge o sociopatie „esenţială", in care dezadaptarea insoţeşte individul pe intreaga perioadă a vieţii, fiind rezistentă la metodele educative obişnuite sau la măsurile punitive, şi alte forme sociopatice mai benigne comportamental şi mai puţin constante, ambele constituind grupul „personalităţilor patologice". Termenul de sociopatie a fost preluat de literatura americană (fiind introdus şi in prima ediţie a DSM — 1952), făcind tranziţia intre noţiunea de „nebunie morală" („moral insanity" — PRICHARD) şi cea modernă de personalitate antisocială, mai restrictivă, dar şi mai exactă (KARPMAN). Autorii americani (DSM I) recunosc ineficienţa taxonomică a categoriei diagnostice de sociopatie, care reuneşte printr-un „termen-umbrelă" atit alcoolismul, toxicomaniile, perversiunile sexuale, cit şi reacţiile psihice antisociale şi dissociale. În prezent, fiecare dintre aceste categorii şi-au ciştigat un statut aparte in clasificările psihiatrice, tulburările de dezvoltare a personalităţii putind interfera cu fiecare dintre ele, iar personalitatea antisocială definindu-se prin tulburări ale personalităţii de tip predominant antisocial, survenite precoce.

708. **SOCIOPATOLOGIE** (cf. *socio-* ; gr. *pathos* „incercare, experienţă" ; *logos* „cuvint, discurs") ● Modalitate de influenţare a patologiei individului de către gradul de „psihopatologie" care caracterizează o anumită societate. În geneza manifestărilor psihopatologice ale individului, precum şi in intensitatea sau coloratura acestora, este implicat un mod de acţiune al societăţii in general sau al unor segmente ale acesteia (grupuri, clase, categorii etc.). De asemenea, se poate admite că suma tulburărilor psihopatologice ale indivizilor aparţinind unei anumite societăţi sau unui segment al acesteia, reprezintă expresia gradului sociopatologic al societăţii din care aceştia fac parte. Relaţia de strinsă interdependenţă dintre psihopatologia individuală şi sociopatologie este evidentă.

709. **SOCIOPSIHIATRIE** (cf. *socio-* ; gr. *psyche* „suflet" ; *iatreia* „vindecare") sin. → PSIHIATRIE SOCIALĂ.

710. **SOCIOTAXIS** (cf. *socio-* ; gr. *taxis* „ordine, dispunere") ● Termen desemnînd, în psihiatria socială, tropismul individului către grupul social, sub influența specifică a „stimulilor sociali" (R. J. CAMPBELL, 1981).

711. **SOCIOTERAPIE** (cf. *socio-* ; gr. *therapeia* „îngrijire") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SOCIALE — terapii.

712. **SOCIOTERAPIE GERIATRICĂ** (cf. *socio-* ; gr. *therapeia* „îngrijire" ; *geros* „bătrîn" ; *iatreia* „vindecare") ● Ansamblu de măsuri terapeutice cu caracter social, destinate pacienților aparținînd „vîrstei a treia". Există în practica medicală o anumită dificultate de stabilire a dialogului cu pacienții vîrstnici, datorită faptului că cererile acestora de îngrijire sînt supradimensionate în raport cu reala lor stare de sănătate. Tendința bătrînului de a fi consultat este constantă, deseori fără ca acesta să fie satisfăcut în dorința sa de a ști de ce anume suferă. Cauzele suferinței sale sînt difuze, nespecifice, ca atare și diagnosticul bătrînului este dificil, tulbure, aleator, ceea ce se adaugă dificultății prescripțiilor medicale din cauza afecțiunilor asociate, contraindicațiilor și chiar stării psihice a vîrstnicului. Se poate imagina, în acest sens, care este eficacitatea unui produs administrat pentru restaurarea funcției mnezice, produs ale cărui doze, proporționate și eșalonate de-a lungul zilei, presupun existența unei memorii relativ indemne. În fine, terapia vîrstnicului este dificilă și în sensul că, de cele mai multe ori, ea nu se soldează cu vindecare. Nu se poate „vindeca" îmbătrînirea, dar i se poate îmbunătăți calitatea.

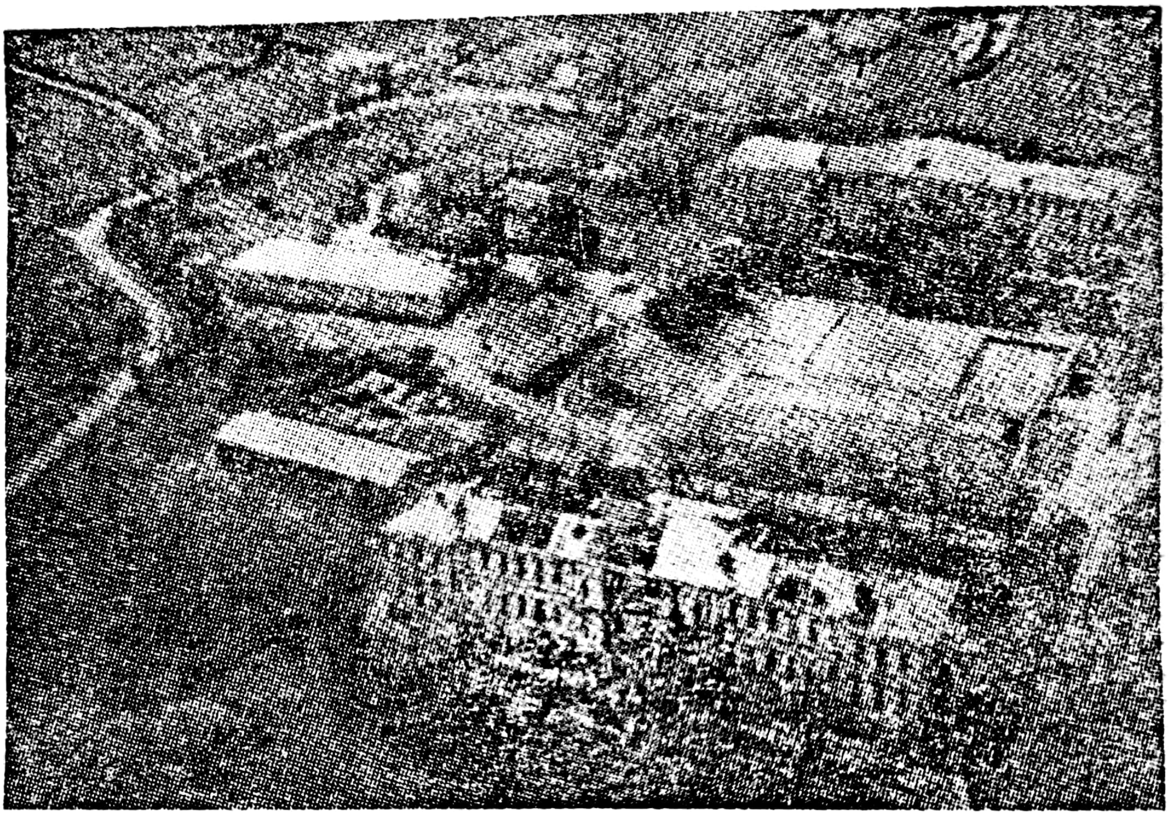
Toate aceste motive impun cu deosebită pregnanță includerea, în cadrul programului terapeutic al vîrstnicilor, unei echipe pluridisciplinare cu pronunțat caracter socioterapic. Geriatria și terapia geriatrică presupun, în acest sens, trei nivele de abordare : medical, psihologic și social. Globalitatea acestor probleme nu poate fi soluționată prin însărcinarea unui singur medic. Asocierea în cadrul echipei, a unei asistente sociale, a psihologului, ergoterapeutului, logopedului etc., permite o abordare diagnostică pluridisciplinară, care va orienta și terapia după principii integrative, corespunzînd mult mai bine nevoilor pacientului.

Socioterapia geriatrică implică în mare măsură intervenția familiei. Din păcate, copiii pacientului tind de regulă să inverseze acum fosta relație parentală, ceea ce accentuează lipsa de autonomie a vîrstnicului. Pe de altă parte, excluderea mai mult sau mai puțin lentă sau brutală a vîrstnicului din contextul profesional, social atît de familiar anterior, stă frecvent la baza patologiei actuale. Situațiile de izolare afectivă determină într-un tîrziu ignorarea alimentării, ceea ce accentuează deteriorarea somatică. Din toate aceste motive, terapia geriatrică trebuie să ia în considerare relația pe care vîrstnicul o stabilește cu lumea. Astfel, prescripția medicamentoasă trebuie, pe cît posibil, asociată celeilalte dimensiuni, aceea a componentei relaționale a vîrstnicului : afectivitate, dorințe, emoții, alături de capacitatea de integrare în societate, cu toate regulile impuse de aceasta, pentru a evita marginalizarea. Evaluarea posibilităților intelectuale ale vîrstnicului permite aprecierea capacității sale de a participa la propria-i reeducare și de a înțelege sensul diferitelor tehnici terapeutice. Astfel, așa-numita depresie „rebelă" a vîrstnicului „asocializat" se datorează unei eficiențe extrem de reduse a oricărei forme de terapie. Spitalizarea prelungită nu rezolvă problema, viziunea socioterapeutică în aceste cazuri realizînd convergența diverselor forme de terapie, integrîndu-le și adaptîndu-le condițiilor de viață ale vîrstnicilor. O restructurare nu numai ocupațională, ci mai ales a vieții sociale va putea ajuta pacientul să-și reia relațiile cu anturajul, reactualizînd vechi sarcini sociale sau creînd altele noi. Socioterapia nu este deci o terapie nouă, suplimentară, ci o formă de convergență a mai multor tipuri de terapii, integrînd diferite atitudini și niveluri de intervenție, care țin cont de exigențele și nevoile fiecărui pacient. Scopul său final este realizarea la un moment dat a unei autosocioterapii, pacientul regăsindu-și autonomia. Socioterapia își dovedește maxima valoare în cazul unei instituiri precoce, atîta timp cît pacientul nu este degradat, dispunînd încă de suplețe pentru a-și modela nevoile după posibilități.

Spitalele (staționarele) de zi sînt cele mai suple și adaptabile structuri pentru tratamentul tulburărilor psihice ale vîrstnicilor. Echipa terapeutică va evita, în demersurile sale terapeutice, „agresionarea" pacientului și reducerea autonomiei acestuia, căutînd să dea sens și valoare terapiei geriatrice.

713. **SOCOLA** ● Primul spital modern de psihiatrie din țară, care a contribuit, prin școala psihiatrică creată aici, la trecerea spre un mod calitativ superior de a gîndi și de a percepe suferința psihică. La Socola a luat ființă psihiatria științifică în Moldova și s-a publicat pentru prima oară în țară o revistă de profil într-o limbă de circulație internațională.

Ideea construirii unui astfel de așezămînt a găsit un teren fertil în sînul intelectualității ieșene, care, la cumpăna dintre două veacuri, era tot mai deschisă spre ideile progresiste și aspirațiile umaniste ale epocii. Scrierile lui J. LUKASZEWSKI, psihiatru progresist, apărător înflăcărat al „chestiunii alienaților", au sensibilizat opinia publică atît în ceea ce privește psihiatria, „care ocupă cel dintîi rang între științele medicale", cît și în privința medicului psihiatru, care trebuie să posede un orizont larg de cunoștințe despre structura și funcționalitatea creierului, dar să fie și „psiholog, filozof, sociolog, filantrop". Aceste scrieri au contribuit în mare măsură la punerea în practică a deciziei din 1892 a forurilor legislative de a construi un „institut pentru alienați" la Iași.



Spitalul Socola — vedere generală

În 1896, Consiliul de Miniștri reconfirmă hotărîrea de a construi spitalul pe locul fostului seminar Veniamin. Toponimul ar proveni de la „socoli", șoimi de vînătoare dresați special. Seminarul Veniamin al mănăstirii Socola fusese prima școală superioară în limba română, ale cărei cursuri au fost absolvite de peste 3 000 de elevi (C. ERBICEANU) pînă în 1894, cînd a fost transferat în oraș. Construcția spitalului a început în anul 1897 și a durat doi ani, dar clădirea a putut fi dată în folosință numai în 1905. Construcția spitalului a reprezentat o premieră națională și un experiment arhitectural pe care SĂVULESCU și ARNOLD l-au dus la bun sfîrșit. Așa cum afirmă presa contemporană („Evenimentul", 1905), încă de la deschidere, spitalul era „un adevărat orășel (...) cu pavilioanele sale cochete, construite în stilul cel mai modern și conform tuturor cerințelor igienice (...). Ospiciul Socola poate rivaliza (dacă nu chiar întrece) cu ospicii similare din marile centre europene".

Construit pe locul vechiului seminar Socola, spitalul cu 16 pavilioane dispunea de o suprafață de 175 325 m^2 (la care, în 1948, s-au adăugat printr-o donație încă 480 000 m^2) și inițial se puteau interna 148 de bolnavi.

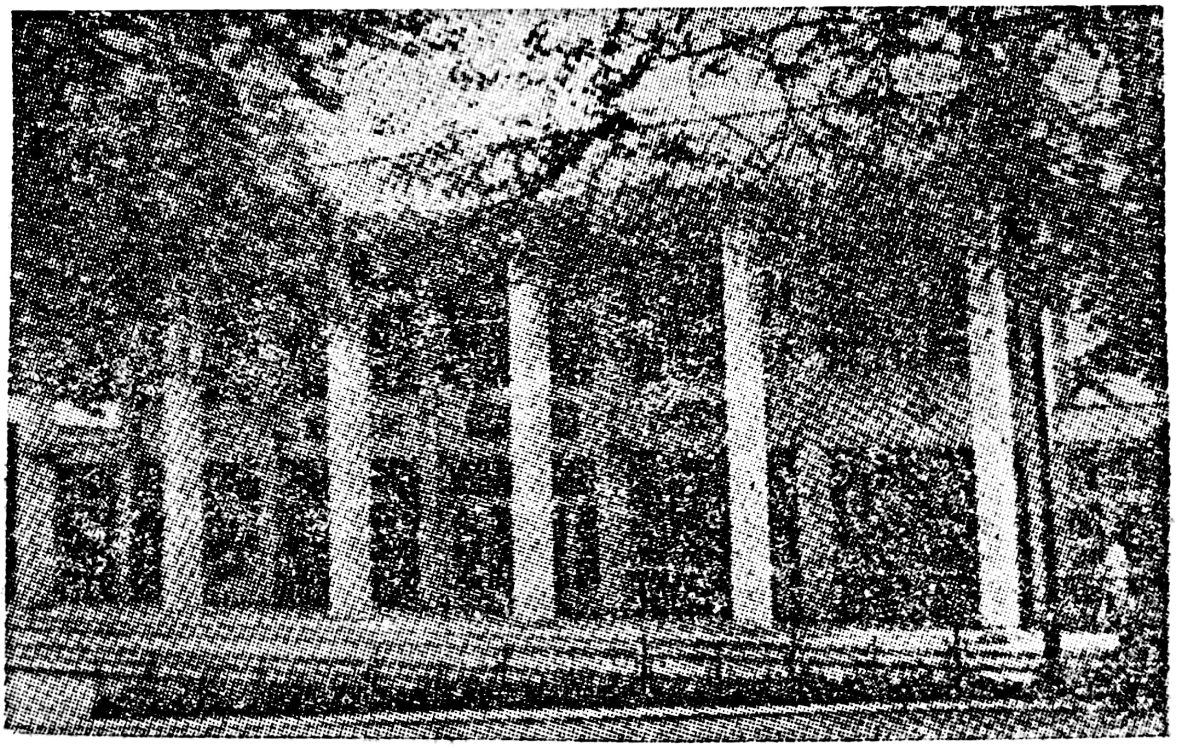
Spitalul amintea, nu numai prin așezarea sa deosebit de pitorească în mijlocul naturii, ci și prin unele detalii constructive, de spitalul „Bel Air" de lîngă Geneva (deschis în 1880 sub conducerea lui BOREL), pe care doctorul Al. BRĂESCU îl cunoștea din călătoriile sale in care văzuse aproape toate ospiciile europene din Anglia, Belgia, Elveţia, Franţa, Germania, Austria, Scoţia. Al. BRĂESCU a urmărit îndeaproape desfăşurarea lucrărilor construcţiei şi a contribuit decisiv la dotarea mai rapidă a unităţii spitaliceşti prin articolul publicat în 1903: „Cum sint consideraţi şi asistaţi alienaţii în România". A condus activitatea spitalului pînă la moartea sa („fondator şi şef al spitalului pînă în ultimele sale clipe" — Elisa ISANOS), înscriindu-se cu cinste în „triunghiul celor trei „AL" care au fondat psihiatria română: Al. ŞUŢU, Al. OBREGIA, Al. BRĂESCU" (P. BRÂNZEI, 1980). Calităţile sale deosebite de organizator al asistenţei bolnavului psihic şi atitudinea sa civică fermă şi curajoasă şi-au găsit o ilustrare deplină în activitatea pe care a desfăşurat-o la Socola. Primii medici care au lucrat în noul spital au fost A. ILIESCU, P. ZOSIN, şi internul C. RADU POPA.

P. ZOSIN a funcţionat la Socola pînă în 1912, fiind în această perioadă şi profesor suplinitor la Facultatea de Medicină din Iaşi la disciplinele psihiatrie, neurologie şi psihiatrie medico-legală.

Corneliu RADU POPA (1882—1934), unul dintre primii colaboratori ai directorului Al. BRĂESCU, a ocupat prin concurs postul de intern în 1906, an în care a obţinut şi titlul de doctor şi a susţinut concurs de medic adjunct. S-a specializat în psihiatrie la Paris, în clinica lui Paul DUBOIS. Din 1918 a devenit medic şef al unuia dintre cele mai mari pavilioane ale Socolei. Se remarcă prin lucrări deosebit de amănunţite privind unele aspecte de psihiatrie medico-legală, sinuciderea bolnavilor psihici, psihozele puerperale.

Din 1918, funcţia de medic-director al spitalului (trecut din luna noiembrie în administraţia statului) va fi preluată de C. I. PARHON, care ocupa încă din 1912 postul de profesor la cilinica de boli mintale şi nervoase. El a înfiinţat la Socola, în 1918, Societatea de neurolgie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, precum şi buletinul acesteia în limba franceză. În perioada 1919—1947, în acest buletin vor vedea lumina tiparului nu mai puţin de 2412 articole. Între cele două războaie mondiale, şcoala de la Socola va iniţia 18 congrese de specialitate.

După plecarea de la Socola, lui C. I. PARHON i-a urmat elevul său Leon BALIFF (1892—1967), care a continuat şi dezvoltat opera maestrului. Format în spiritul riguros al medicinii britanice, L. BALIFF a imprimat şcolii de la Socola deschiderea spre noi domenii de activitate, în special către igiena mintală, psihoprofilaxie, psihiatria medico-legală. A de-



Spitalul Socola — aripa nouă

ţinut titlul de director al Spitalului Clinic Socola pină in 1953. El a extins clinica de psihiatrie şi a completat profilul spitalului cu o clinică de neurochirurgie (1937) şi una de neuropsihiatrie infantilă. În această perioadă s-a infiinţat o şcoală de meserii şi o grădiniţă pentru copiii personalului spitalului. S-a infiinţat, de asemenea, un centru de malarioterapie pentru tratarea neurosifilisului.

În perioada 1953—1966, spitalul a fost condus de conferenţiarul Emil BLUMENFELD, iar după 1966 de profesorul P. BRÂNZEI (1916—1985), susţinător convins al conceptului biopsihosocial. El şi-a desfăşurat intreaga carieră medicală in spitalul Socola, parcurgind toate treptele ierarhiei universitare şi fiind un foarte activ promotor al valorilor originale ale psihiatriei româneşti. A iniţiat la Socola publicarea volumelor „Viitorul psihiatriei", care au constituit prilejul unor vii dezbateri.

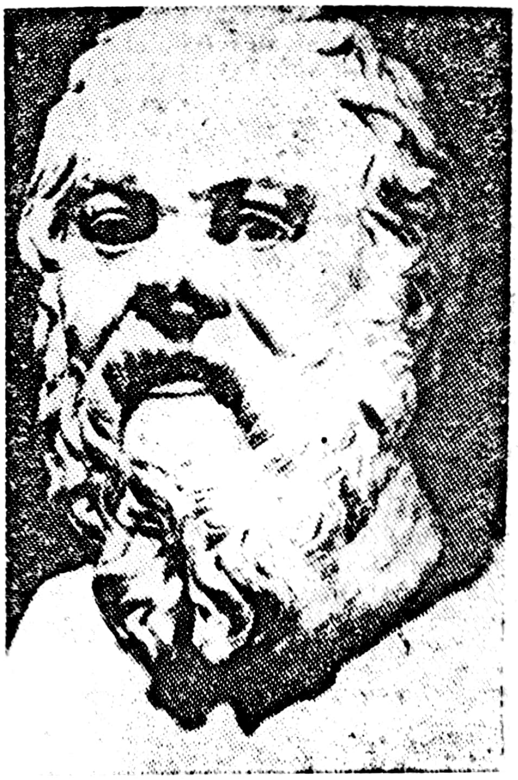
La Socola a fost creat, in 1969, primul „serviciu psiho-social" (care ulterior va primi numele de laborator de sănătate mintală), unitate avind drept scop apărarea şi promovarea sănătăţii mintale. Spitalul dispune de un puternic sector de ergoterapie, domeniu in care experienţa acumulată şi rezultatele obţinute il fac să se situeze printre unităţile exemplare in acest sector de activitate.

Din 1975, Socola a funcţionat ca bază a studiilor pilot Euro/OMS. Continuindu-se tradiţiile incepute in 1927, spitalul a funcţionat pină in 1979 ca un centru de studiu al folosirii impaludării şi malarioterapiei. Capacitatea spitalului a crescut de-a lungul timpului, mai ales in perioada de după cel de-al doilea război mondial, ajungind la peste 800 de locuri ; de asemenea, au fost extinse capacităţile unor unităţi anexe, specializate in tratamentul bolnavilor cu evoluţie prelungită.

Centru de invăţămint şi cercetare deosebit de activ, spitalul Socola rămine totdată principalul for terapeutic şi metodologic din zona Moldovei.

După 1985 pină in prezent, spitalul este condus de prof. dr. Tadeus PYROZINSKI, şeful disciplinei de psihiatrie al IMF Iaşi. Spitalul Socola este in momentul de faţă o unitate clinică de mare capacitate, cu un sistem multipavilionar şi cu secţii exterioare (Galata, Răducăneni, Pădureni, Ciocirleşti). Are in dotare o importantă bibliotecă, la care au contribuit donările făcute de Al. BRĂESCU şi L. BALIFF. Împletind in mod fericit tradiţia cu noul, spitalul Socola este o unitate de invăţămint şi cercetare ştiinţifică de primă mărime.

714. **SOCRATE** (469—399 i.e.n.) ● Filozof idealist grec, precursor al idealismului obiectiv. Gindirea sa filozofică este orientată spre subiect, spre om, spre problemele gnoseologice şi morale. El este autorul maximei : „Cunoaşte-te pe tine insuţi", care exprimă sintetic orientarea spre problematica omului.



Socrate

SOCRATE considera cunoştinţele ca fiind innăscute şi avind o valoare de adevăr general, adevărul trebuind doar scos la lumina conştiinţei printr-o metodă adecvată, denumită maieutică (arta de a descoperi adevărul prin intrebări meşteşugite puse interlocutorului).

SOCRATE a acordat atenţie mai ales problemelor morale şi educative, considerind că scopul cunoaşterii şi al vieţii omului este şi trebuie să fie binele. El credea că este suficient ca binele să fie cunoscut pentru a fi practicat şi recomanda virtutea, temperanţa, curajul, dreptatea ca valori morale majore.

SOCRATE nu a lăsat nimic scris, ideile lui fiind cunoscute din mărturiile lui XENOFON, PLATON, ARISTOTEL. A avut discipoli, printre care PLATON, ANTISTENE, ARISTIP, XENOFON.

715. **SODOMIE** (de la numele biblicului oraş palestinian Sodoma, vestit pentru orgii şi dezmăţ) ● Termenul denumeşte homosexu-

alitatea masculină activă, in care satisfacția erotică se obține prin coit anal. Cei care o practică sint perverși sexuali, de multe ori ambivalenți. Sodomia poate apărea, accidental și tranzitoriu, in anumite condiții (detenție etc.).

716. **SODOMIȚI(S) sindrom** (sindrom digestiv al) ● Comglex care inglobează toată patologia generată sau transmisă prin practicile homosexuale : boli veneriene anorectale, condiloame, acuminate, amoebiaze, shigelloze, hepatite virale, rectite specifice sau nu, abcese și fistule, polipi sau traumatisme rectale.

Sindromul a fost descris de JOHN și ROBILOTTI, in 1977. La cele menționate mai sus trebuie adăugat sindromul imunodeficitar dobindit, despre care la data respectivă se știa foarte puțin.

717. **SOFISM** (cf. gr. *sophisma* „abilitate ; expedient, sofism") ● Raționament fals, a cărui incorectitudine este abil disimulată, cu intenția de a induce in eroare — spre deosebire de paralogism, care inseamnă comiterea unei erori involuntare in demonstrație. Sofismele apar fie datorită ambiguității termenilor (același cuvint primind ințelesuri deosebite in diferitele judecăți inlănțuite argumentativ), fie datorită unor forme incorecte de raționament, fie, in sfirșit, atunci cind concluzia este derivată din premise intre care se strecoară una sau mai multe judecăți false.

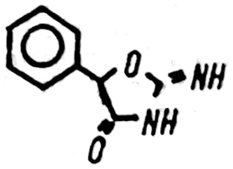
718. **SOFISTICAT** (cf. lat. *sophisticare* ; gr. *sophistikos* „incorect, fals, mincinos") ● Caracterul de rafinament căutat, voit, artificiozitatea exagerată, lipsa de naturalețe pe care o prezintă limbajul, aspectul exterior sau comportamentul unor subiecți aparținind personalităților structurate dizarmonic (de tip isteric, schizoid) sau bolnavilor cu schizofrenie, PMD (episod maniacal), psihoze delirante cronice (paranoia).

Folosirea unui limbaj sau atitudini sofisticate in cadrul relației medicului cu pacientul sau, uneori, in scop „didactic", in fața asistenței, poate constitui de cele mai multe ori sursa unui eșec psihoterapeutic, dar și o posibilă situație iatrogenă (→IATROGENIE).

719. **SOFMIN(M)** Japonia — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (-)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, avind valențe antidepresive și anxiolitice. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de LEVOMEPROMAZIN(M).

720. **SOFOMANIE** (cf. gr. *sophos* „inteligență" ; *mania* „nebunie") ● Părere exagerată despre propria inteligență. Hipervalorizarea propriei inteligențe ar corespunde, in varianta extremă, ideilor delirante de grandoare referitoare la nivelul de inteligență a subiectului, manifestărilor intilnite in manie, schizofrenie paranoidă, paranoia. In forma atenuată, poate fi recunoscută la personalitățile structurate dizarmonic de tip euforic, paranoiac și in unele cazuri de intelect liminal.

721. **SOFRO(M)** Germania — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, avind indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează in afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.



722. **SOFROLOGIE** (cf. gr. *sophron* „sănătos, ințelept, moderat" ; *logos* „cuvint, discurs") ● Ansamblu de metode prin care se produce o schimbare a stării conștiinței, avind drept scop realizarea unei stări de seninătate, armonie, echilibru. Termenul aparține spaniolului A. CAYCEDO. Starea sofronică este o stare intre somn și veghe și poate avea diferite trepte, de la reverie la transă ; in oricare dintre treptele acestei stări se păstrează insă o fantă conștientă, care delimitează sofrologia de hipnoza propriu-zisă. Pornind de la ipoteza că dezechilibrul psihic este un conflict intre comportamentul cu origine in paleocortex și comportamentul determinat de neocortex, in starea sofronică, mentalul arhaic găsește o ieșire spre rațional. Nivelul sofroliminal se află intre starea de veghe și starea de somn și este dominat de ritmul alfa (in starea de veghe predomină ritmul beta iar in starea de somn ritmul teta).

CAYCEDO definește sofrologia ca știință și metodă de studiere a conștiinței, a modificărilor conștiinței, a factorilor fizici, chimici și psihologici ce ar determina aceste modificări, știință al cărei scop este terapeutic și profilactic. El a renunțat definitiv la hipnoză in 1958, considerind că rezultatele terapeutice ale acestei metode nu sint esențiale și profunde. Sofronizarea este un proces prin care se obțin modificări ale nivelelor de conștiință. Acest proces poate fi realizat și dirijat fie de individul în cauză (deci un inițiat), fie de un specialist sofrolog (autosofronizare și heterosofronizare). În al doilea caz, tehnica principală folosită este „trepnos logos", care constă în vorbirea „blindă", pe ton armonios, persuasiv și monocord. Procesul de sofronizare operează trecerea de la nivelul de vigilitate la nivelul sofroliminal (analog unei stări de somnolență în care se păstrează o fantă conștientă). Sint utilizate, în sofrologie, și alte tehnici : incantația, tehnici de relaxare, tehnici respiratorii, ritmuri muzicale diverse (s-au încercat ritmuri de jazz și de muzică indiană), ritmuri de dans monoton (dans codificat). În desfășurarea procesului sofrologic se diferențiază trei stadii ale conștiinței (conștiința patologică, conștiința vigilă sau obișnuită și conștiința sofronică) și trei niveluri (nivelul vigil, nivelul sofroliminal, nivelul somnului). Consecințele neurofiziologice ale sofronizării sint : hipotonia musculară, creșterea temperaturii cutanate, diminuarea temperaturii rectale, diminuarea tensiunii arteriale, modificări cardiace și vasculare, normalizarea respirației la nivel bazal, modificări electroencefalografice, senzația de recuperare energetică și eliminare a tensiunilor, activare a circulației, dinamizare a funcțiilor neurovegetative. În plus, în relaxarea dinamică mai apar : activarea funcției vigilității (a sistemului reticulat), creșterea senzațiilor extero- și proprioceptive, îmbogățirea cimpului conștiinței.

Sofrologia se aplică terapeutic și profilactic. Terapeutic se aplică în medicina psihosomatică, în tulburări cardiovasculare și respiratorii, în tulburări sexuale ; în psihiatrie, se aplică în nevroza de angoasă, în fobii, obsesii, tulburări ale psihomotricității.

723. **SOKOLNICKA Eugenie** (1884—1934) ● Psihanalistă de origine poloneză, licențiată în științe la Sorbona, elevă a lui P. JANET la Collège de France ; a avut șansa de a fi pregătită de titanii psihanalizei : JUNG (1911, Zürich), FREUD (1913, Viena) și FERENCZI (1918, Budapesta).

După tentativele nereușite de fondare a unui grup psihanalitic la Varșovia, a plecat la Paris (unde s-a stabilit definitiv), intrind inițial în contact cu literații grupați în jurul Noii Reviste franceze (mai ales cu J. RIVIERE și A. GIDE). În iarna dintre anii 1922—1923, cu ocazia unei conferințe susținute la Școala de Înalte Studii Sociale, SOKOLNICKA este recomandată de Paul BOURGET lui G. HEUYER, care o invită să profeseze psihanaliza la Spitalul Sainte-Anne.

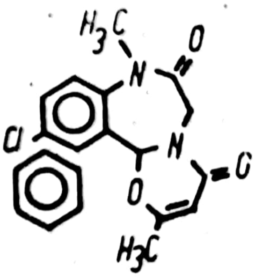
Treptat, ea va constitui în jurul ei un grup psihanalitic incluzînd atit psihiatri, cit și nespecialiști (SAUSSURE, R. LAFORGUE, R. ALLENDY, E. PICHON), căpătind prestigiul de unică persoană competentă în formarea de psihanaliști de profesie.

Împreună cu LAFORGUE și LOEWENSTEIN, SOKOLNICKA inființează la 4 noiembrie 1926 Societatea Psihanalitică din Paris (a cărei primă vicepreședintă va deveni) și Revista franceză de psihanaliză.

Se stinge din viață în mod inexplicabil (se sinucide cu gaze toxice) la numai 50 de ani.

724. **SOLACIN**$^{(M)}$ SUA — DC *Tibamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-(hidroximetil)-2-metilpentil butil-carbamatecarbamat, cu acțiune sedativ-miorelaxantă și valențe anxiolitice. Nu are practic efecte secundare.

725. **SOLATRAN**$^{(M)}$ Elveția — DCI *Ketazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 11-clor-8,12b-dihidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-/1,3/-oxazin/3,2-d//1,4/benzodiazepin-4,7/6H/-dionă, cu acțiune puternic anxiolitică și miorelaxantă. Nu se administrează femeilor gravide, copiilor și virstnicilor.



726. **SOLAZINE**$^{(M)}$ Canada — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice ; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sint foarte reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

727. **SOLGOL**$^{(M)}$ Germania — DCI *Nadolol* ● Betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-/(5,6,7,8-tetrahidro-cis-6,7-dihidroxi-1-naftil)-oxi/-2-propanol, indicat în anxietate cu și fără componentă somatică, distonii neurovegetative. Are

o bună toleranță putind fi administrat copiilor și virstnicilor ; se poate administra in doză unică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO→BETABLOCANTE.

728. **SOLEMNE(H)** **halucinații** (cf. lat. *sollemnis* „solemn") ● Termen folosit de SÉGLAS pentru a denumi „halucinațiile care anunță delirul". Termenul este rar folosit.

729. **SOLIDITATE** (cf. lat. *soliditas* „soliditate, tărie") — sin. REZISTENȚĂ → sin. CONSISTENȚĂ.

730. **SOLIDON(M)** Grecia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

731. **SOLILOCVIE** (cf. lat. *solus* „singur" ; *loqui* „a vorbi") ● Convorbire cu sine insuși. Se intilnește in diverse situații, avind semnificații diferite :

- la copil, la virsta cind acesta invață să vorbească și face adevărate repetiții de unul singur, verbalizind evenimentele zilei și reluind cuvintele nou achiziționate ;
- la subiectul normal, singur, aflat intr-o stare de tensiune, din nevoie de defulare, fără ca acest fapt să aibă semnificație patologică ;
- la subiectul in stare de ebrietate, ca urmare a dezinhibiției etanolice, sau in psihoza etilică, unde subiectul se „intreține" cu personaje din imaginile onirice ;
- la subiecții cu sindroame paranoide de diferite etiologii, care „dialoghează" cu trăirile halucinatorii.

732. **SOLILOCVIE SEXUALĂ** ● Mod de rezolvare a tensiunilor sexuale la indivizi timizi sau incapabili să-și frineze impulsurile sexuale, descris de HIRSCHFELD. După acest autor, subiecții se angajează in lungi solilocvii cu rol substitutiv.

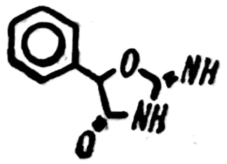
733. **SOLIPSISM** (cf. lat. *solus* ; *ipse* „insuși") ● Consecință inevitabilă a oricărui idealism subiectiv, radical și consecvent ; atribuirea unui statut pur fenomenal realității — ca totalitate de „reprezentări" ale subiectului — determină cu necesitate implicația absurdă că singura existență de sine stătătoare și in mod cert autentică este conștiința individuală. De regulă, teoriile subiectiviste caută să elimine această consecință, supărătoare prin caracterul ei vădit aberant, limitindu-se la problematica strict gnoseologică, prin invalidarea statutului teoretic al considerațiilor ontologice (așa-numitele „proporții metafizice") ; in măsura in care acceptă discursul ontologic, concepțiile idealist-subiective caută să respingă solipsismul prin recursul la idealismul obiectiv, postulind o conștiință supraindividuală, in și prin care ființează conștiințele individuale, a căror comunicare își are condiția de posibilitate in transcendent.

734. **SOLIS(M)** Anglia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de DIAZEPAM(M).

735. **SOLIUM(M)** Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspindite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de NAPOTON(M).

736. **SOLOMON(S)** **sindrom** (numele sindromului își are originea intr-o celebră judecată a lui Solomon, rege iudeu, 973—933 î.e.n.) ● Descris de KOHLER și PIGEON, sindromul desemnează, in interpretarea psihanalitică, situația copilului disputat intre mamă și bunica sa. După J. BIEDER, aceasta s-ar traduce printr-o scădere a rezultatelor școlare, sentimente de inferioritate, enurezis și encomprezis, incertitudine privind imaginea de sine. În pofida descrierii psihanalitice, realitatea demonstrează mult mai frecvent că „disputa" mamă-bunică se desfășoară in favoarea și spre implinirea copilului.

737. **SOLUCAPS(M)** Mexic — DCI *Mazindol* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat clorfenilisoindolic de tip 5-(p-clorofenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo/2,1-a/-isoindol-5-01,



fără efecte simpaticomimetice. Este indicat in astenii severe, sevraj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor și ale anticonvulsivantelor, survenite în tratamentele de lungă durată.

738. **SOLUȚIE AUXILIARA** (cf. lat. *sotluion* „rezolvare" ; *auxiliaris* „ajutător") ● Termen cu conotații psihanalitice, desemnind orice soluție parțială sau temporară a conflictelor intrapsihice, cum ar fi : controlul automat al sentimentelor, compartimentarea, exteriorizarea, intelectualizarea sau autoalienarea. Termenul aparține psihologiei dezvoltate de Karen HORNEY.

739. **SOLUȚIE COMPREHENSIVĂ** (cf. lat. *solutio* ; *comprehendere* „a (cu)prinde") ● Escamotare nerealistă a conflictului, ca mecanism de apărare (in viziunea psihanalistei Karen HORNEY), in credința că propriul Eu este Eul idealizat. Acest lucru se realizează prin actualizarea imaginii ideale despre sine.

740. **SOLUȚIE MAJORĂ** (cf. lat. *solutio major* — comparativul lui *magnus* „mare" ● Tip de rezolvare nevrotică a conflictelor, in opinia psihanalizei, constind in inlăturarea sau negarea vectorilor care vin in conflict cu Eul idealizat sau in resemnare. Aparține psihologiei lui Karen HORNEY.

741. **SOLVENȚI INDUSTRIALI** (cf. lat. *solvere* „a desface; a rupe, a topi") ● Substanțe utilizate in industria chimică modernă, dintre care multe sint folosite și ca inhalanți cu efect euforizant de către indivizi cu comportament toxicomanic.

Printre numeroasele produse care pot căpăta uneori o asemenea intrebuințare, pot fi menționate : benzina, tinerul, lipiciul, guma arabică, sprayuri acrilice, crema de ghete, degresanți și decapanți. Substanțele cel mai frecvent căutate in aceste produse sint toluenul, heptanii, hexanii, benzenul, tricloretilena, metiletilcetona etc.

Folosirea solvenților industriali in scopuri toxicomanice este facilitată de marea lor răspindire, ușurința in a le procura, prețul foarte redus, manipularea facilă, durata scurtă a intoxicației, senzațiile plăcute provocate. Din nefericire aceste „calități" le fac accesibile mai ales copiilor și adolescenților, rareori fiind folosite de persoane adulte (POROT, 1984).

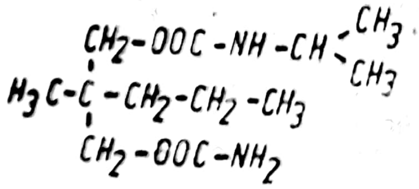
Toxicitatea acestor produse este ridicată. CLINGER și BETHEL (Anglia), MIZON și colaboratorii (Franța) au descris semne de neuropatii periferice la toxicomanii care inhalau vapori de benzină, care le produceau halucinații inspăimintătoare și modificări comportamentale. Au fost semnalate, de asemenea, atingeri hepatice și renale, supresia măduvei hematopoetice, boli pulmonare (C. SHARP, L. T. CAROLL, L. HOLLISTER), ca și cazuri de moarte datorate inhalației de cloruri de carbon (prin aritmii ventriculare sau asfixiere).

742. **SOLVOLIP**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip(+)-3-/(α-metilfenetil)amino/propionitril, cu marcate valențe anorexigene. Este utilizat in combaterea obezității consecutive utilizării indelungate a neurolepticelor. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

743. **SOMA** (cf. gr. *soma* „corp") ● Ansamblul organismului format din celule diploide, excluzind celulele germinative. Soma se opune psihicului (psyche), dar impreună cu acesta formează unitatea psihosomatică umană.

I se atribuie ințelesul de corp, excluzind membrele.

744. **SOMA**$^{(M)}$ Grecia, Italia, SUA
SOMADRIL$^{(M)}$ Israel, Suedia
SOMALGIT$^{(M)}$ Elveția, Spania
SOMANIL$^{(M)}$ Coreea, Japonia
— DCI ***Carisoprodol*** ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol-carbamat izopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranță.



745. **SOMALCOOLOZĂ** (cf. gr. *soma* „corp" fr. *alcool* — sin. ENOMANIE ; FURIE DE A BEA ; METILEPSIE ; OINOMANIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIPSOMANIE.

746. **SOMASEDAN**$^{(M)}$ Argentina ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

747. **SOMATALGIE** (cf. gr. *soma* ; *algos* „durere") ● Durere corporală.

748. **SOMATIC$^{(D)}$ delir** (vezi *soma*) ● Delir hipocondriac nesistematizat din psihozele schizofrenice, „exprimat in același limbaj incoerent ermetic și neologic propriu acestor bolnavi" (H. EY). Sentimentele de stranietate corporală, halucinaţiile cenestezice, ideile de negare a organelor alcătuiesc numai o parte din masa de fenomene psihopatologice care stau la baza elaborării acestui delir, caracterizat prin haosul de idei și trăiri impenetrabile, proprii întregului indefinibil al schizofreniei.

O parte din aceste deliruri implică anumite reacţii faţă de actul medical, legate de ideea delirantă, cum ar fi solicitarea de operaţii sau de tratamente speciale și excluderea intervenţiei psihiatrului, care este sistematic evitată.

749. **SOMATICE$^{(H)}$ halucinaţii** — sin. CORPORALE$^{(H)}$ halucinaţii $\xrightarrow{sin.}$ VISCERALE$^{(H)}$ halucinaţii.

750. **SOMATISTĂ — teorie** (cf. gr. *soma* „corp") ● Orientare unilaterală apărută in medicină, constind in convingerea că orice simptom nevrotic și chiar psihotic are la origine o tulburare organică sau somatică. Această viziune, „neurologizantă" a bolii psihice a avut destui adepţi de-a lungul vremii, chiar printre psihiatri.

Excluderea factorului psihogen și sociogen a dus la o sărăcire a conţinutului psihopatologiei și la o înţelegere redusă a bolii psihice, precum și la o serie de „reacţii" și exagerări in celălalt sens. Antipsihiatria este, din acest punct de vedere, un mod de reacţie faţă de teoria somatistă.

751. **SOMATIZARE** (cf. gr. *soma* „corp") ● Noţiune creată de FREUD pentru a desemna „complezenţa somatică ce dă expresie proceselor psihice inconștiente in domeniul corpului" sau, pe scurt, conversia anxietăţii în simptome fizice. STEKEL acreditează termenul pentru un tip de tulburare corporală care apare ca urmare a unui conflict nevrotic profund.

Noţiunea aduce in discuţie posibilitatea ca organele corpului uman să posede un „traductor" care să „traducă" tulburările psihice ale individului intr-un limbaj fiziopatologic. Acest limbaj organic al psihicului ar reprezenta expresia organică a proceselor mintale și aptitudinea particulară a corpului de semnificare a refulării (LAPLANCHE și PONTALIS), ca și a capacităţii de conversie.

Aceasta ar reprezenta, in concepţia psihanalitică, un factor constituţional sau dobindit, predispunind la somatizare, in general, sau la o localizare mai specifică la nivelul unui organ determinat („regiune predilectă"), putindu-se vorbi, in acest sens, de o „meiopragie psihosomatică" (R. LAFON).

Expresiile fizice de acest tip pot fi intilnite in timpul visului, in unele fenomene onirice și in cadrul unor nevroze (nu numai cea isterică, ci și in cele numite „de organ", posttraumatice).

Printre teoriile privind somatizarea afectelor poate fi menţionată și cea a lui ADLER, „ereticul" elev al lui FREUD și fondatorul școlii de psihologie „individuală", in care este invocată „inferioritatea de organ".

În concepţia psihanalistei americane F. DUNBAR, somatizarea unui afect reprezintă fenomenele neurovegetative circulatorii, respiratorii, hormonale, viscerale etc. care însoţesc orice stare afectivă. Diferenţele in modul de a somatiza afectele sint considerabile de la un individ la altul, atit in privinţa intensităţii, cit și in cea a duratei. Factorii care sint implicaţi în diferenţierea tipului de somatizare a emoţiilor ar fi următorii :

— factori care depind de constituţie (tipul de funcţie fiziologică și de structură anatomică moștenit, modificarea tipului de funcţie fiziologică în cursul perioadelor de creștere și de maturaţie, starea fiziologică in care se află un individ și organismul său in timpul stării de stres sau anxietate) ;

— factori care influenţează, probabil, natura și intinderea somatizării anxietăţii unui individ, „experienţele" trăite in decursul vieţii (semnificaţia unei situaţii stresante traduse ca insecuritate, culpabilitate sau frustraţie pentru un anumit subiect ; dezvoltarea unui răspuns condiţionat, a unei deprinderi căpătate în copilărie ; orice individ poate dezvolta orice disfuncţie sau leziune, dacă stimulul incitator este suficient de intens).

Studiul obiectiv al proceselor afective poate fi efectuat prin înregistrarea modificărilor fiziologice : paloare, tremor, disfonie la afectul de teamă, care pot fi inregistrate experimental întotdeauna, chiar la afecte mici.

Admiţind că procesele afective sint nu numai fenomene psihice subiective pe care le percepe individul prin introspecţie, prin autoanaliză, ci și fenomene obiective, înregistrate de către un observator exterior (modificări circulatorii, respiratorii, spastice, secretorii, endocrine, chimice, electrice etc.), concepţia psihosomatică a medicinii a preluat termenul de somatizare, definind aceste modificări somatice ca pe niște concomitenţe organice ale stării afective → PSIHOSOMATICĂ.

Realitatea clinică a coincidenţei tulburărilor nevrotice atipice cu cele depresive endogene, într-o strînsă legătură etiopatogenică cu tulburări somatice, ar confirma rolul mecanismului de somatizare şi suportul psihofiziopatologic al echivalenţelor depresive (→ ECHIVALENŢE DEPRESIVE).

De asemenea, decompensările de intensitate nevrotică ale personalităţilor dizarmonice nu exclud posibilitatea apariţiei unor „somatizări" şi a unor afecţiuni psihosomatice propriu-zise.

După cum au observat, ca şi alţi autori, V. VĂLEANU şi C. DANIEL (1977), prevalenţa vieţii afective asupra celei cognitiv-ideative şi volitive la femei realizează o tendinţă mult mai intensă la somatizarea afectelor (tahicardie, tahipnee, creşterea maximei tensionale, spasme ale unor organe cavitare etc.) şi, drept urmare, afecţiunile psihosomatice vor fi mai frecvente la femei. O afecţiune psihosomatică va fi mai uşor declanşată dacă procesele afective se „somatizează" asupra unui singur organ sau aparat (colecist, aparatul genital, colonul), decît atunci cînd „somatizarea" proceselor afective este generală.

Pe de altă parte, luînd în discuţie pasiunea erotică la tinerele fete, autorii citaţi subliniază că aceasta este însoţită de „intense somatizări" : anorexie, scădere în greutate, opresiune respiratorie şi tahipnee, accentuat eritem al feţei, tremor distal, pierderi de cunoştinţă.

Concepţiile mai noi ale autorilor americani (1980) indică o nouă orientare în abordarea somatizării. Astfel, după studiile extensive ale lui GUZE şi colab. (citate de KAPLAN şi SADOCK), termenul de isterie a fost abandonat în favoarea sindromului de somatizare, acceptat de DSM III ca „frecvente şi multiple acuze somatice pentru care se solicită atenţie din partea medicului ; ele nu se datorează vizibil nici unei boli somatice, debutează înaintea vîrstei adulte (sub 25 de ani) şi au o evoluţie cronică, dar fluctuantă".

Alături de tulburarea de conversie (nevroza isterică de tip conversiv, tulburarea durerii psihogene şi hipocondrie — nevroza hipocondriacă), tulburarea de somatizare este încadrată în capitolul tulburărilor somatoforme.

În virtutea acestei opinii, principalele aspecte cilinice ale tulburării de somatizare ar fi următoarele :

TABEL CLXXXVII

Trăsături principale	*Trăsături asociate*
● Multiple acuze somatice care nu se datorează vizibil unei boli somatice. ● Evoluţie cronică fluctuantă, începînd de obicei în a doua decadă a vieţii. ● Se manifestă predominant la femei. ● Acuzele sînt prezentate într-un mod vag, dramatic şi exagerat. ● O lungă istorie a examinărilor medicale de către mai mulţi medici ; sînt frecvente investigaţii şi intervenţii chirurgicale fără utilitate.	● Anxietatea şi depresia sînt foarte frecvente. ● O largă paletă de dificultăţi interpersonale, inclusiv comportament antisocial şi probleme de ordin marital. ● Deseori sînt prezente trăsăturile personalităţii histrionice.

Diagnosticul diferenţial este uneori dificil din cauza multitudinii şi caracterului vag al simptomelor, a modului lor dramatic de prezentare. Evoluţia cronică oferă un criteriu de diferenţiere faţă de anxietate şi depresie. În acest din urmă caz, principalele semne biologice şi simptome, evoluţia intermitentă şi antecedentele familiale sînt utile pentru diagnostic.

Sînt posibile eventuale emergenţe delirante la bolnavul schizofren care să interfereze somatizarea, dar diagnosticul va fi tranşat de prezenţa tulburărilor de gîndire.

Deşi unii pacienţi cu tulburări de somatizare pot include şi simptome de conversie in repertoriul lor de acuze, autorii americani recomandă rezervarea diagnosticului de conversie numai acelor pacienţi la care simptomele de conversie constituie manifestările primare şi predominante ale bolii.

Ediţia DSM III R (1987) menţine tulburările de somatizare in acelaşi context cu tulburările somatoforme, aducind precizări in diagnosticul pozitiv şi cel diferenţial.

Criteriile de diagnostic sint grupate in felul următor :

A. În antecedente se evidenţiază multiple acuze sau convingerea de a fi bolnav, apărind inainte de 30 de ani şi persistind mai mulţi ani.

B. Prezenţa a cel puţin 13 simptome din lista de mai jos, semnificative numai in măsura in care :

— nu se evidenţiază o patologie organică sau mecanisme fiziopatologice (boală somatică, efectele unei răniri, ale unei medicaţii, droguri sau alcool) responsabile de simptom sau existind in cadrul altei patologii inrudite, suferinţele sau limitarea activităţii pe care le acuză pacientul fiind in mod evident disproporţionate faţă de rezultatele examenului somatic obiectiv ;

— nu au apărut in timpul unui atac de panică ;

— au determinat subiectul să consume medicamente (altele decit antialgicele), să consulte un medic sau să-şi modifice modul de viaţă.

Lista de simptome :

- gastrointestinale :
  - vomă (nu datorită gravidităţii)
  - dureri abdominale (nu datorită menstruaţiei)
  - greaţă (nu rău de mişcare)
  - balonări
  - diaree
  - intoleranţă la diferite alimente ;
- simptome dureroase :
  - dureri ale extremităţilor
  - dorsalgii
  - dureri articulare
  - disurie
  - alte dureri (cu excepţia cefaleei) ;
- simptome cardio-pulmonare :
  - tahipnee, in absenţa efortului ;
  - palpitaţii
  - dureri toracice
  - ameţeli ;
- simptome de conversie sau pseudoneurologice :
  - amnezie
  - disfagie
  - afonie
  - surditate
  - diplopie
  - „pete" vizuale
  - cecitate
  - leşin (pierderea cunoştinţei)
  - crize convulsive
  - tulburări de mers
  - paralizie sau slăbiciune musculară
  - retenţie urinară sau dificultăţi micţionale ;
- simptome sexuale de-a lungul celei mai mari părţi a vieţii, după inceperea activităţii sexuale :
  - indiferenţă sexuală
  - dispareunie
  - impotenţă ;
- simptome genitale la femei, considerate de subiect ca avind o frecvenţă mai mare decit al alte femei :
  - cicluri menstruale neregulate
  - dismenoree
  - singerare menstruală excesivă
  - vomă in timpul gravidităţii.

La capitolul de diagnostic diferenţial, DSM IIIR adaugă, faţă de ediţia precedentă : hiperparatiroidismul, porfiria, scleroza multiplă, lupusul eritematos diseminat (la care debutul multiplelor simptome fizice are loc la virsta adultă de obicei şi al căror suport organic poate fi dovedit), atacul de panică, simulaţia cu acuze fizice.

Recunoaşterea fenomenelor de somatizare in cadrul tablourilor cilinice ale nevrozei, depresiei sau bolilor psihosomatice orientează eficient clinicianul in abordarea celor mai adecvate mijloace terapeutice şi evită excesul (uneori extrem de dăunător) al investigaţiilor somatice.

752. **SOMATOCOSMIC**(D) **delir** (cf. gr. *soma* ; *kosmos* „univers") ● Termen propus ce H. EY pentru a desemna un delir megalomanic insoţit de halucinaţii corporale care ii dau subiectului impresia de dilatare a corpului pină la infinit. Acest delir, detaşind subiectul total de realitate, se constituie intr-o incorporare a „intregului" univers in corp. Face parte din patologia parafrenică.

753. **SOMATOFRENIE** (cf. gr. *soma* ; *phren* „spirit") ● Termen propus in 1928 de BECHTEREV in incercarea de delimitare a unor psihoze hipocondriace de sine stătătoare, a căror patogeneză ar fi legată de o funcţionalitate defectuoasă a sistemului nervos vegetativ. Clinic, s-ar caracteriza prin idei hipo-

condriace şi halucinaţii somatice. Ca şi alte incercări de delimitare a hipocondriei pure, a fost sortită eşecului.

754. **SOMATOFORME — tulburări** (cf. gr. *soma*; lat. *forma*) ● Grup de tulburări, descris de SPITZER şi colaboratorii, avind ca trăsături definitorii simptome psihice care determină tulburări (somatoforme, fără un substrat organic evident sau un mecanism psihologic cunoscut. Pentru aceste simptome trebuie să existe dovezi clare sau prezumţii puternice conform cărora ar fi legate de factori sau conflicte psihologice.

Spre deosebire de tulburările simulate sau suprasimulate, producerea simptomelor somatoforme nu este legată de o intenţionalitate, iar persoana nu are controlul declanşării şi producerii simptomului.

Deşi simptomele sint „fizice", procesele fiziopatologice implicate nu sint demonstrabile sau nu pot fi înţelese prin explorări de laborator, putind fi mai clar conceptualizate prin mecanisme psihologice; din acest motiv sint clasificate in categoria tulburărilor mintale.

În această categorie autorii americani includ:

- dismorfofobia corporală;
- tulburări de conversie;
- hipocondria;
- tulburări de somatizare;
- tulburări somatoforme de tip algic.

Dismorfofobia corporală este caracterizată prin preocuparea pentru un defect fizic imaginar la persoane normale din punct de vedere fizic sau cu anomalii fizice reduse, pe care le exagerează. Intensitatea convingerii nu atinge nivelul delirant (ca in delirul somatic), uneori subiectul putind să conştientizeze propria exagerare.

De asemenea, ea nu apare legată numai de anorexia nervoasă sau transsexualism.

La aceşti subiecţi, in antecedente, este frecvent consultul unor medici dermatologi sau specialişti in chirurgia plastică pentru corectarea presupusului defect. Depresia şi trăsăturile obsesiv-compulsive sint, de asemenea, frecvente, ca şi fobia de contacte sociale. Debutul este mai frecvent in adolescenţă, rareori depăşind a treia decadă de viaţă. Evoluţia este, de regulă, îndelungată. Complicaţiile sint, in mod paradoxal, legate mai frecvent de intervenţii chirurgicale neavenite.

Tulburările de conversie sint expresia unor conflicte sau nevoi psihologice, exprimate însă prin tulburări somatice. Ele se inscriu in categoria tulburărilor de tip isteric.

În mod „clasic", tulburările de conversie imbracă un aspect neurologic (afonii, paralizii, crize, tulburări de coordonare, diskinezii, tulburări senzitivosenzoriale); mai rar, iau o alură „endocrină" sau „vegetativă" (greţuri etc.).

Simptomul conversiv variază in funcţie de modelul cultural şi nu poate fi explicat printr-o tulburare fizică cunoscută.

Hipocondria se caracterizează prin teama sau credinţa de a avea o tulburare severă, bazată pe interpretarea personală a unor semne şi senzaţii fizice drept dovezi evidente ale unei boli somatice (autorii americani includ in această clasă nevroza hipocondriacă).

Tulburările de somatizare sint caracterizate prin acuze somatice multiple şi recurente, pe o durată de mai mulţi ani, pentru care s-a apelat in mod repetat la ajutor medical, dar care nu sint datorate nici unei tulburări fizice. Boala apare inainte de virsta de 30 de ani şi persistă mai mulţi ani. Este stabilită o listă de criterii din care să fie prezente cel puţin 13 din următoarele simptome:

TABEL CLXXXVIII

Gastrointestinale	*Algice*	*Cardio-pulmonare*	*Pseudoneurologie*	*Sexuale*	*Ginecologice*
● vomă ● dureri abdominale ● greaţă ● balonări ● diaree	● dureri ale extremităţilor ● artralgii ● rahialgii	● tahipnee in afara efortului ● palpitaţii ● precordialgii	● amnezie ● disprosexie ● afonie ● surditate	● senzaţia de arsură in organele genitale sau jenă (in afara actului sexual)	● menstre dureroase ● neregularităţi al ciclului menstrual

TABEL CLXXXVIII (continuare)

Gastrointestinale	*Algice*	*Cardiopulmonare*	*Pseudoneurologice*	*Sexuale*	*Ginecologice*
● diaree ● intoleranță alimentară	● micțiuni dureroase ● alte dureri în afara cefaleei	● amețeli	● diplopie ● încețoșarea vederii ● orbire ● slăbiciune sau leziuni ● convulsii ● tulburări de mers ● paralizii sau slăbiciune musculară ● retenție urinară sau dificultăți de urinare	● indiferență sexuală ● impotență	● hipermenoree ● vomă (în afara sarcinii)

Nici o patologie organică și nici un mecanism fiziopatologic nu validează simptomatologia ; cînd există o patologie organică asociată, diminuarea performanțelor pe plan socio-profesional este mult exagerată față de constatările și predicțiile rezultate în urma investigațiilor medicale ; aceste tulburări nu apar numai în timpul unor atacuri de panică ; tulburările determină persoana să ia un medicament, să consulte un medic sau să-și modifice modul de viață.

Tulburarea somatoformă de tip algic este caracterizată de preocuparea pentru durere în absența unor dovezi fizice corespunzătoare pentru durere sau pentru intensitatea acesteia. Această preocupare trebuie să persiste cel puțin șase luni și să nu fie justificată de o cauză organică sau de un mecanism fiziologic obișnuit ; cînd există o patologie organică legată de durere, intensitatea exprimării acesteia este în discrepanță cu posibilitatea ca durerea să afecteze relațiile socio-profesionale la amploarea afirmată.

Durerile nu sînt în concordanță cu distribuția anatomică a structurilor nervoase și nici cu rezultatele explorărilor funcționale (EKG, EMG etc.).

Stimulii psihologici și posibilitățile de relaționare ale subiectului influențează în mare măsură intensitatea și aspectul durerii (fără însă ca acest lucru să fie o regulă). Se creează astfel posibilitatea obținerii beneficiului secundar, concretizat în evitarea unor situații neplăcute, dobîndirea suportului celor din jur și chiar restructurarea relațiilor interpersonale.

Durerea poate fi însoțită de tulburări motorii (de același tip) și poate determina repetate consultații medicale, preferați fiind interniștii (acești bolnavi sînt așa-numiții „abonați la cabinet").

Dependența de analgezice nu este rară, iar asumarea rolului de invalid se face cu ușurință.

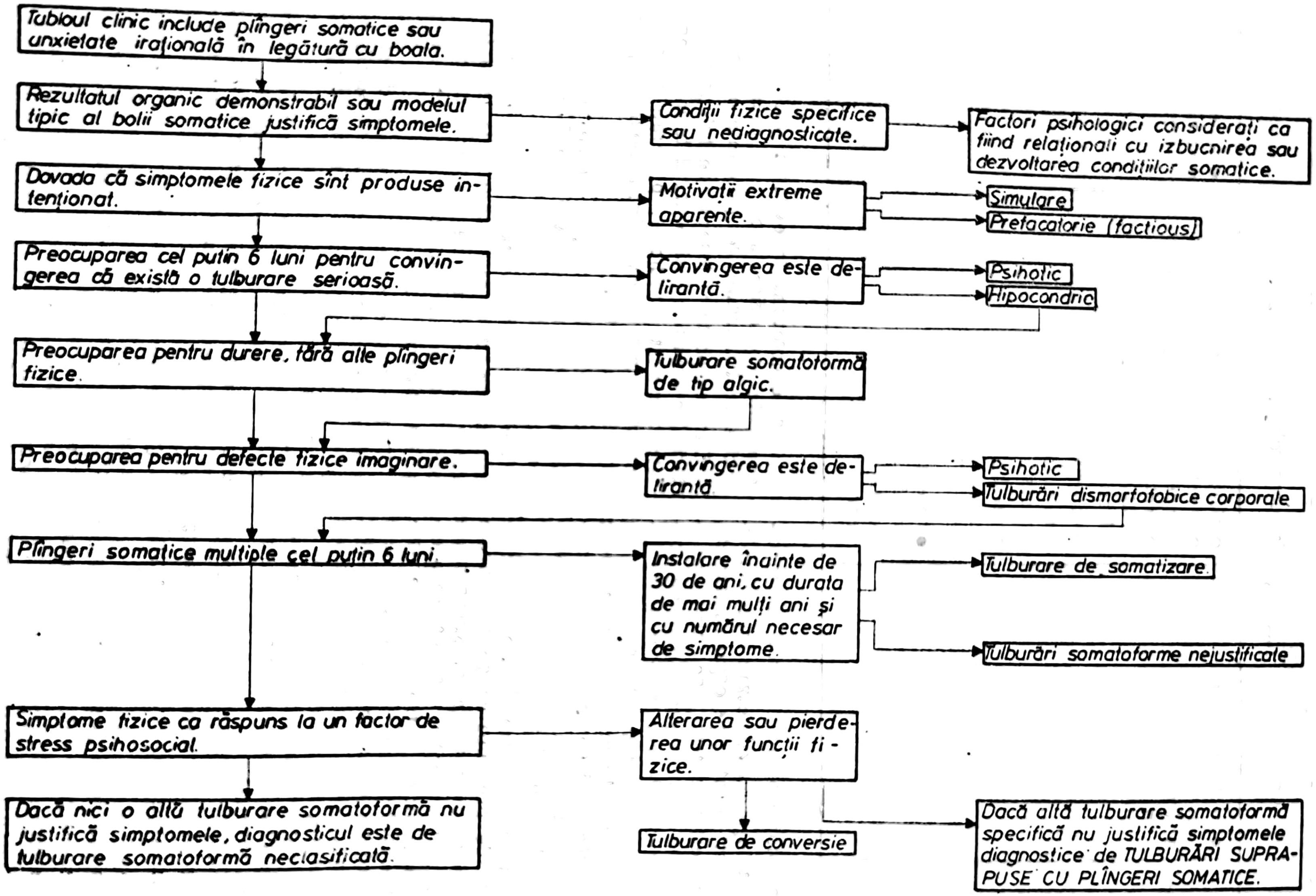
Cererile de intervenție chirurgicală (pentru a scăpa de „durerea insuportabilă") sînt frecvente, ca și refuzul de a accepta o posibilă contribuție a factorilor psihologici în apariția și întreținerea durerii.

Tulburările de conversie figurează deseori în antecedentele acestor bolnavi. Depresia majoră a fost uneori semnalată ca diagnostic asociat acestor tulburări.

Debutul acestor tulburări este mai frecvent între 30 și 40 de ani și are un caracter brusc, evoluția este progredientă, pe o perioadă de mai mulți ani, determinînd invalidarea persoanei.

Dintre complicațiile cele mai însemnate este de notat iatrogenia, în care poate fi inclusă și dependența de analgezice, narcotice sau tranchilizante.

Studiile au arătat o prevalență crescută a acestei tulburări în grupurile profesionale cu activitate fizică obositoare sau monotonă și o incidență dublă în cazul sexului feminin.


Tabloul clinic include plîngeri somatice sau unxietate irațională în legătură cu boala.
Rezultatul organic demonstrabil sau modelul tipic al bolii somatice justifică simptomele.
Condiții fizice specifice sau nediagnosticate.
Factori psihologici considerați ca fiind relaționali cu izbucnirea sau dezvoltarea condițiilor somatice.
Dovada că simptomele fizice sînt produse intenționat.
Motivații extreme aparente.
Simulare
Pretacatorie (factious)
Preocuparea cel puțin 6 luni pentru convingerea că există o tulburare serioasă.
Convingerea este delirantă.
Psihotic
Hipocondric
Preocuparea pentru durere, fără alte plîngeri fizice.
Tulburare somatoformă de tip algic.
Preocuparea pentru defecte fizice imaginare.
Convingerea este delirantă.
Psihotic
Tulburări dismorfofobice corporale
Plîngeri somatice multiple cel puțin 6 luni.
Instalare înainte de 30 de ani, cu durata de mai mulți ani și cu numărul necesar de simptome.
Tulburare de somatizare.
Tulburări somatoforme nejustificate
Simptome fizice ca răspuns la un factor de stress psihosocial.
Alterarea sau pierderea unor funcții fizice.
Tulburare de conversie
Dacă altă tulburare somatoformă specifică nu justifică simptomele diagnostice de TULBURĂRI SUPRAPUSE CU PLÎNGERI SOMATICE.
Dacă nici o altă tulburare somatoformă nu justifică simptomele, diagnosticul este de tulburare somatoformă neclasificată.

DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL AL TULBURĂRILOR SOMATOFORME
(DUPĂ DSM III R)

În grupa tulburărilor somatoforme, autorii americani mai includ şi tulburările nediferenţiate, în cadrul cărora nu se întîlneşte întregul tablou simptomatic, dar care au o durată de peste şase luni şi nu survin în cadrul unei tulburări somatoforme diferenţiate sau în cadrul unui episod psihotic (schizofrenie). În cazul acestor tulburări, anxietatea este constantă.

755. **SOMATOGEN** (cf. gr. *soma* „corp" ; *gennan* „a naşte") ● Relaţie de provenienţă a unui proces, fenomen, din interiorul corpului (somei), sub influenţa unor factori externi.

Un termen opus ar fi cel de „psihogen" (→ PSIHOGEN), în care originea fenomenului (morbid) se află în trăirile psihice.

În psihiatrie, sînt descrise tulburări nevrotice de coloraturi diverse, cel mai adesea depresive, care îşi au punctul de plecare într-una sau alta din afecţiunile somatice de care suferă bolnavul, întregind tabloul clinic şi agravînd de cele mai multe ori gradul deficienţei.

Este evident că tulburările psihice de natură somatogenă se remit odată cu rezolvarea bolii somatice care le-a generat. În cazul bolilor somatice cronice, afectarea psihică somatogenă constituie o problemă terapeutică (şi psihoterapeutică) dificilă.

756. **SOMATOGNOZIE** (cf. gr. *soma* ; *gnosis* „cunoaştere") ● Imagine pe care individul şi-o formează despre propriul său corp, ca obiect funcţionînd în spaţiu. Se raportează la noţiunile de schemă corporală şi asomatognozie.

757. **SOMATONEVROZE** (cf. gr. *soma* ; *neuron* „nerv") ● Termen sub care E. CARP şi V. STOKVIS reunesc, în 1953, următoarele grupe de manifestări nevrotice cu expresie somatică : conversia isterică, organonevrozele, afecţiunile psihosomatice.

758. **SOMATOPARAFRENIE** (cf. gr. *soma* ; *para* „dincolo de" ; *phren*) ● Tulburare a somatognoziei, întîlnită în leziunile de emisfer nedominant, care se manifestă printr-o elaborare iluzorie, confabulatorie şi delirantă în legătură cu jumătatea de corp afectată.

759. **SOMATOPSIHOZĂ** (cf. gr. *soma* ; *psyche* „suflet") ● Termen care, în opinia lui SOUTHARD, desemna tulburările viscerale care se asociau cu psihozele. Lipsa specificităţii termenului, precum şi a precizărilor asupra asocierilor cauzale sau aleatorii ale acestor elemente au dus la abandonarea lui.

760. **SOMATOTON — tip de personalitate** (cf. gr. *soma* ; *tonos* „tensiune") ● Conform tipologiei lui W. SHELDON, personalitate la care domină funcţiile musculare ale corpului ; are multă siguranţă în mişcări, este curajos, practică cu plăcere activităţile fizice, tinde spre acapararea puterii şi spre dominare. În competiţii este adesea agresiv. Evită singurătatea, este aspru faţă de alţii. Îşi exteriorizează părerile fără menajamente ; îl caracterizează neliniştea şi dorinţa de a fi băgat în seamă. În caz de pericol, se descurcă uşor prin acţiuni eficiente.

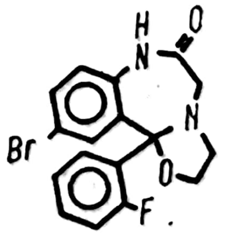
761. **SOMATOTOPIE** (cf. gr. *soma* ; *topos* „loc") ● Caracteristică a structurii anatomice a căilor senzitive şi motorii ; constă în respectarea unei anumite topografii atît în proiectarea impulsurilor senzitive, tactile, termice şi dureroase la nivelul nucleilor talamici şi la nivel cortical (homunculus senzitiv), cît şi în proiectarea impulsurilor motorii de la nivel cortical (homunculus motor) spre sistemul muscular.

Topografia corticală respectă criteriul funcţional şi nu pe cel anatomic al organului deservit. Astfel, faţa şi mîna au proiecţie corticală motorie mult mai întinsă decît tot restul corpului, iar buzele şi limba au o proiecţie corticală senzitivă mai mare decît a trunchiului.

Leziunile organice ale anumitor segmente specializate ale zonelor celor doi homunculuşi duc la tulburări senzitive sau motorii în segmente bine stabilite ale corpului.

762. **SOMAZINA**$^{(M)}$ Spania — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină citidină 5'-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă ; practic, nu are efecte simpaticomimetice.

763. **SOMELIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Haloxazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-bromo-11b-(0-fluorofenil)-2, 3, 7 11b-tetrahidrooxazolo/3,2-d//1,4/-benzodiazepină-6(5H)-onă, cu acţiune anxiolitic-sedativă.



764. **SOMESTEZIE** (cf. gr. *soma* ; *aisthesis* „senzaţie") ● Ansamblul proceselor care duc la recepţia, transmiterea şi integrarea corti-

cală (în special în lobul parietal, la nivelul homunculusului senzitiv) a informaţiilor primite de la nivelul suprafeţei cutanate, muşchilor şi articulaţiilor.

Aceste procese stau la baza elaborării senzaţiilor tactile, termice, dureroase, kinestezice, fiind o funcţie a sistemului senzitivo-senzorial somatic.

765. **SOMIPRA**$^{(M)}$ Australia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10, 11-dihidro-5H-dibenz/b, f/azepină, cu acţiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă ; în psihoze, se pretează şi se recomandă asocierea cu neuroleptice bazale. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze şase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.

766. **SOMIT**$^{(MC)}$ Spania ● Produs farmaceutic compus din două medicamente tipizate cu acţiune similară, care se complementează : CLORDIAZEPOXID$^{(M)}$ şi DIAZEPAM$^{(M)}$, ambele tranchilizante, derivate benzodiazepinice. Are acţiune anxiolitic-sedativă.

767. **SOMITRAN**$^{(M)}$ Finlanda — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1, 3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1, 4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.

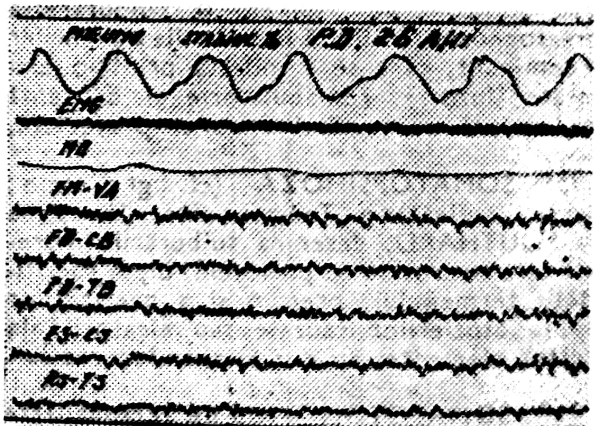
768. **SOMLAN**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-/2-(dietilamino)etil/-5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte ; este contraindicat în timpul sarcinii şi al alăptării, în glaucom şi miastenie.

769. **SOMMER KURT** (1865—1947) ● Psihiatru, neurolog şi psiholog german ; a publicat la începutul secolului o serie de lucrări de psihopatologie generală, deosebit de interesante, printre care „Diagnosticul bolilor psihice" (1894), „Tratat de metode de cercetare psihopatologică" (1899), precum şi numeroase articole privind psihiatria clinică.

770. **SOMN** (lat. *somnus* „somn") ● Fenomen de o importanţă deosebită pentru viaţa omului, marcată prin multiple aspecte : rolul biologic covîrşitor în economia organismului, prin faptul că ocupă aproximativ 1/3 din existenţa omului, prin profundele tulburări psihofizice pe care le produce deprivarea de somn (un fenomen care ia amploare în societatea industrializată este insomnia, cu consecinţe imediate legate de automedicaţii, dependenţă etc.).

Sector al biologiei umane a cărui explorare profundă este încă foarte puţin avansată, somnul este definit ca o stare fiziologică periodică, reversibilă, caracterizată prin inactivitate somatică şi prin abolirea relativă şi temporară a conştiinţei (EXARCU) ; se realizează astfel un mod periodic de refacere (TOURNAY), după un ritm zilnic impus probabil de un „ceas intern", un sistem reglator al somnului, propriu fiecărui creier, sistem care îi determină periodicitatea şi durata. În activitatea acestui ceas intern sînt implicate mecanisme şi particularităţi genetice care au fost stabilite pe baza studiilor neurofiziologice, cum ar fi variaţiile unui parametru uşor de urmărit — temperatura corpului. Astfel, la cei care se scoală devreme, temperatura corpului atinge valorile maxime dimineaţa, concomitent cu „punctul culminant" al activităţilor fizice şi psihice. Acest punct culminant este însă comutat vesperal pentru cei care au performanţe maxime seara. Este de remarcat faptul că odată cu instalarea stării de somn temperatura devine uniform redusă pentru ambele tipuri de subiecţi.

Alternanţa somn-veghe, numită şi ritm nictemeral sau „nictemer" (POPOVICIU), reprezintă unul din aspectele particulare ale bioritmicităţii proceselor fiziologice. În cadrul bioritmicităţii, ritmul nictemeral reprezintă un mecanism homeostatic cu caracter preventiv, somnul fiind plasat de HESS în cadrul stărilor „trofotrope" (acele stări în care sînt activate funcţiile vegetative ce facilitează refacerea rezervelor energetice şi menţinerea constantelor homeostatice).



ÎNREGISTRARE POLIGRAFICĂ DE SOMN: STADIUL IB (după POPOVICIU, 1979)

În funcție de modalitățile de reacție a organismului față de mediul extern (polisenzoriale sau oligosenzoriale), s-a constatat că sugarii și unele animale prezintă un somn polifazic (cu mai multe alternanțe de veghe și somn în 24 de ore), în timp ce adultul, la care predomină simțul vizual, are un somn monofazic, cu o periodicitate rezumată la o singură succesiune a veghei cu somnul (KLEITMAN).

Inițial, unele teorii au încercat să explice apariția somnului printr-un mecanism pasiv, în care este implicată mai ales oboseala sistemului reticulat ascendent. Teoriile actuale susțin însă că, în afara fenomenului de oboseală sinaptică (pasivă), este implicat și un mecanism activ, reprezentat de o dezaferentare senzorială, căruia i se adaugă mecanisme active neuroumorale complexe, precum și intervenția unor structuri nervoase cu rol inhibitor.

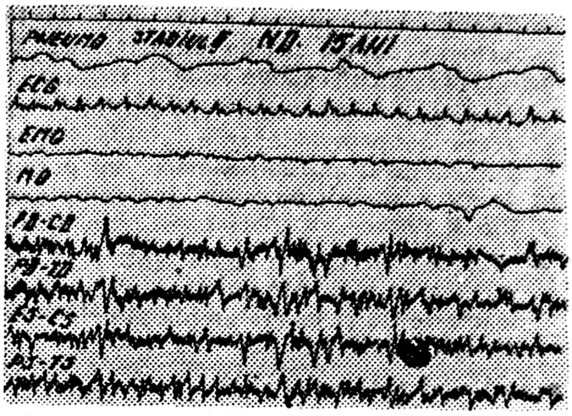
Dezaferentarea senzorială se realizează prin reducerea impulsurilor kinestezice, optice, acustice, ceea ce determină o dezactivare pasivă a sistemului reticulat activator ascendent, ceea ce determină reducerea tonusului cerebral.

Acest fenomen deprimă, la rîndul lui, activitatea sistemului reticulat, determinînd iradierea generală a inhibiției corticale.

În condiții naturale, trecerea de la veghe la somn se realizează deci atît prin reducerea afluxului senzorial, cît și prin solicitarea activă determinată de mecanisme reflex-condiționate și necondiționate ale structurilor inhibitorii. Din aceste motive, somnul se manifestă ca o nevoie imperioasă, ca o obișnuință menținută cu prețul și cu rigorile unei condiționări și al unui veritabil ritual, deosebindu-se de stările patologice comatoase prin posibilitatea de a trezi subiectul prin stimulări senzoriale. Fiziologic, se deosebesc două stadii ale somnului : lent și paradoxal.

Evoluția somnului lent și a celui paradoxal poate fi urmărită filogenetic și ontogenetic, somnul fiind controlat de trunchiul cerebral (somn paradoxal sau arhesomn) și de cortex (somnul lent sau neosomn). Cele două aspecte sînt strîns legate, somnul lent acționînd ca un mecanism primar de inducere a celui paradoxal. Somnul este, de fapt, o structură complexă, reprezentată de cicluri de 90 de minute de somn lent și faze paradoxale de 15 minute.

În 1937, LOOMIS și colaboratorii izolează cinci perioade ale somnului lent, iar somnul paradoxal este descris în 1953 de ASERINSKY și KLEITMAN. Somnul paradoxal este caracterizat printr-o activitate corticală rapidă („activitated sleep"), care întrerupe periodic somnul lent și pare a fi expresia activității onirice.



Electroencefalograma somnului fiziologic este caracterizată prin fenomene de diminuare a activității cerebrale, prin apariția undelor alfa care, pe măsură ce somnul devine mai profund sînt înlocuite progresiv de unde teta. Cele două faze ale somnului sînt evidente și electroencefalografic : somnul lent este caracterizat prin prezența unor fusuri de 10—16 c/s, de amplitudine mare și predominantă în regiunile frontale și asociative ; somnul paradoxal este caracterizat prin prezența unor unde frecvente, mai rapide ca în somnul lent, cu unde alfa numai ocazionale și cu salve de unde monofazice de amplitudine mare, care preced mișcările rapide oculare.

De o mai mare utilitate s-a dovedit cercetarea poligrafică, anume înregistrarea simultană a electroencefalogramei, electrooculogramei, electromiogramei, electrocardiogramei, electrodermatogramei. În 1968, RECHTSCHAFFEN și KALES au propus o clasificare a stadiilor somnului devenită ulterior standard internațional :

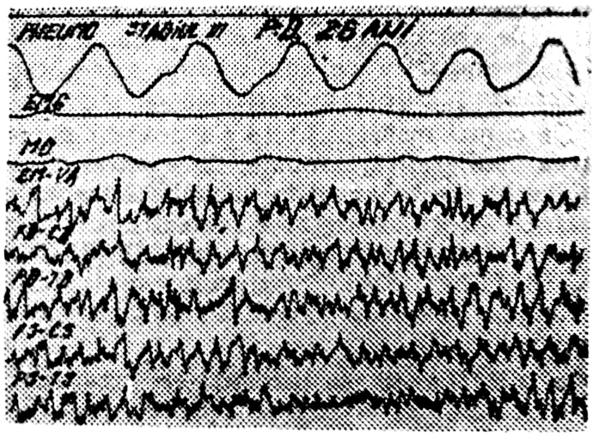
- *Somnul lent* are următoarele stadii :
  - stadiul 1a — perioada de trecere de la veghe la somn ; se remarcă o rărire și o creștere în amplitudine a ritmului alfa, care dispare periodic, fiind înlocuit cu un ritm alfa de amplitudine și frecvență mai mici (8 cicli/secundă) ;
  - stadiul 1b — reprezentat de un somn lent superficial, traseul electroencefalografic fiind format din unde teta de mică amplitudine cu frecvența de 5—6 cicli/secundă ;
  - stadiul 2 — tot un somn lent superficial, traseul fiind cu unde teta de 4—5 cicli/secundă ; apar însă și fusuri de unde

rapide, „fusuri de somn", cu frecvenţă de 12—15 cicli/secundă, în salve de scurtă durată, predominante în derivaţiile anterioare ; caracteristice acestui stadiu sînt complexele K formate dintr-o undă rapidă, una sau mai multe unde lente, urmate de un şir de unde rapide de 11—13 cicli/secunde ;

- stadiul 3 — un somn lent profund, caracterizat prin unde lente de 1—3 cicli/secundă, cu amplitudine mare, cu persistenţa „fusurilor de somn" şi a complexelor K ;
- stadiul 4 — tot un somn lent profund, caracterizat printr-un traseu cu unde foarte lente şi foarte ample şi prin lipsa complexelor K.

● *Somnul paradoxal* (REM), sau faza a 5-a, reprezintă 20% din durata somnului ; apare în special dimineaţa, cu o durată de 5—20 de minute şi cu o periodicitate de 90 de minute. Traseul EEG se caracterizează prin absenţa „fusurilor de somn" şi a complexelor K şi prin prezenţa unor unde teta ascuţite, de 4—6 cicli/secundă şi 25—75 µV, în bufeuri de 3—5 secunde.

Creşterea pragului de trezire comportamentală la stimularea reticulată este un bun criteriu de delimitare a somnului lent de cel paradoxal. Acest prag este foarte crescut în somnul paradoxal comparativ cu somnul lent. Stimulările auditive şi vizuale au de asemenea un prag ridicat, ele neavînd capacitatea de a antrena trezirea, ci cel mult reapariţia somnului lent. Aceste fapte justifică convingerea că faza paradoxală este de fapt un somn profund.



Somnul paradoxal este însoţit şi de dispariţia activităţii musculare, evidenţiată de electromiogramă, de mişcări ale globilor oculari, vibraţii ale pleoapelor, mioză, modificări cardiovasculare şi respiratorii.

La subiecţii psihotici şi foarte rar la normali apare un tip de somn „intermediar", somn paradoxal fără mişcări oculare.

În timpul somnului lent, debitul circulaţiei cerebrale creşte cu 10% comparativ cu starea de veghe, în timp ce în somnul paradoxal creşterea se ridică cu 50% comparativ cu somnul lent, ceea ce confirmă faptul că somnul este expresia unui proces reparator.

Avînd efect reparator, cura de somn provocată de utilizarea drogurilor timp de 10—15 zile diminuează angoasa şi permeabilizează bolnavul psihic la psihoterapie.

Expresia reducerii tonusului centrilor nervoşi din formaţiunea reticulată a trunchiului cerebral este o diminuare funcţională globală a activităţii organismului, a frecvenţei cardiace, a tensiunii arteriale, a temperaturii corporale, a schimburilor gazoase şi a tonusului muscular.

În timpul somnului, diversele secreţii endocrine se modifică, numeroase secreţii „vitale" ajungînd la nivelul maxim. Astfel, hormonul somatotrop hipofizar are maximum de secreţie în timpul somnului, cu consecinţe metabolice importante şi asupra creşterii organismului ; prolactina este secretată mai ales la începutul somnului, influenţînd dezvoltarea glandelor mamare şi stimularea secreţiei lactate în sarcină. Cota maximă a hormonilor sexuali este atinsă în timpul somnului paradoxal. Esenţială este influenţa somnului şi asupra sinapselor.

Somnul paradoxal are un rol important şi în recuperarea capacităţilor după surmenajul psihic, în procesele de fixare a datelor mnezice, mai ales a celor care au precedat adormirea.

Stimulii care produc activ somnul pun în acţiune structuri inhibitorii care dezactivează structurile activatoare. Astfel, se descrie un sistem centrencefalic implicat în determinarea fondului de vigilenţă, precum şi „zone ale somnului", localizate în partea anterioară a formaţiunii reticulate a trunchiului cerebral. Legat de existenţa acestor centri, cercetări recente de histofluorescenţă au demonstrat intervenţia mediatorilor chimici în determinarea stărilor de vigilenţă corticală.

Cele trei stări ale creierului (veghe, somn „adevărat", lent sau clasic, şi somn paradoxal — REM) presupun o intercondiţionare reciprocă a acţiunii monoaminelor şi acetilcolinei (POPOVICIU) :

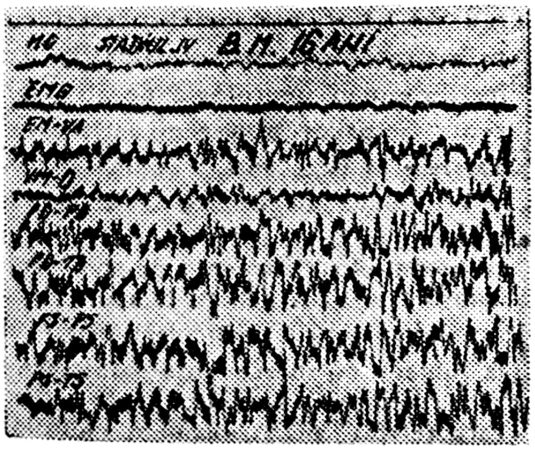
● veghea este realizată prin :
  - sistemul dopaminergic nigrostriatal (componentă comportamentală) care acţionează prin intermediul sistemului extrapiramidal ;

  - sistemul noradrenergic ascendent, care induce aspectele electrocorticale caracteristice stării de veghe — desincronizare corticală (administrarea de L-dopa stimulează starea de veghe) ;
  - sistemul colinergic şi, indirect, serotonina, care întreţin starea de veghe ;
- somnul lent este declanşat şi întreţinut de serotonină ; reserpina face să dispară somnul lent şi somnul paradoxal prin reducerea rapidă şi semnificativă a serotoninei şi catecolaminelor cerebrale ; IMAO stimulează apariţia somnului lent şi suprimă total REM prin blocarea degradării serotoninei ;
- somnul paradoxal este, după JOUVET, realizat de interacţiunea a trei „chei" : serotoninergică, colinergică şi catecolaminică.

JOUVET descrie etapele care conduc la somn şi activitatea onirică, iar POPOVICIU şi colaboratorii apreciază că dereglarea sistemului biologic care controlează aceste etape poate genera tulburări cu rol în producerea unor manifestări patologice episodice.

„Furtuna cerebrală", reprezentată de activitatea onirică, se caracterizează printr-o excitaţie a majorităţii neuronilor cerebrali, analogă unei intense stări de veghe, dar descărcările motorii realizate nu se concretizează datorită hipotoniei musculare marcate din timpul somnului. Numai neuronii motori oculari pot declanşa activitate musculară. JOUVET apreciază că activitatea onirică ar permite reprogramarea comportamentelor înscrise în patrimoniul genetic al unei specii, fiind păstrătorul memoriei individualităţii ereditare, amestec de instincte şi lucruri învăţate.

Alţi mediatori chimici care intervin în reglarea ritmului nictemeral sînt :



- feniletilamina, cu rol de modulator central stimulant ;
- acidul gamaaminobutiric care intervine în somnul paradoxal, probabil prin rolul inhibitor asupra neuronilor noradrenergici ; unele date (POPOVICIU) atestă că după deprivarea de somn paradoxal creşte cantitatea de acid gamaaminobutiric în zona cortexului frontal ;
- piperidina şi unii acizi graşi care par a avea proprietăţi de mediatori chimici implicaţi în somn.

În ultimii ani au fost izolate în sînge, în lichidul cefalorahidian şi chiar în creier substanţe numite „factori de somn" (COLIN şi SPASIN — 1976). MONNIER şi SCHOENENBERGER au izolat o substanţă numită „factorul delta de somn" (polipeptid cu şapte aminoacizi), care produce un somn tipic comportamental şi electroencefalografic, cu o activitate cerebrală de tip delta.

Din lichidul cefalorahidian, PAPPENHEIMER şi colaboratorii izolează o substanţă dializabilă cu greutate moleculară mică, producătoare de somn, iar PAVEL şi colaboratorii izolează arginin-vasotocina, secretată de glanda pineală şi eliberată în lichidul cefalorahidian, cu efect puternic inductor al somnului. Substanţa induce sau afectează somnul prin acţiunea sa selectivă asupra neuronilor serotoninergici. Aceste fapte sugerează posibilitatea implicării epifizei în organizarea circadiană a somnului, ca şi în cuplarea celor două etape de somn.

Numeroşi cercetători, printre care şi I. HĂULICĂ şi colaboratorii, în 1973, izolează o substanţă activă din diverse zone ale creierului în timpul celor trei stări ale ciclului veghe-somn. Printre aceste substanţe se remarcă adenozina. Deprivarea de somnul paradoxal determină creşteri semnificative ale acestei substanţe în ţesutul nervos. S-a observat că substanţa se eliberează în cantitate mare la nivel cortical după stimularea electrică, iar administrarea sa intraventriculară produce somn lent şi apoi somn paradoxal, evidenţiate atît electroencefalografic, cît şi comportamental.

Deprivarea de somn produce consecinţe a căror gravitate a putut fi apreciată cu ajutorul unor grupe de voluntari. S-a constatat că subiecţii care efectuează activităţi interesante suportă bine deprivarea de somn, fără consecinţe asupra performanţelor lor. După această perioadă însă, randamentul scade, activităţile devenind automatizate.

Halucinaţiile descrise de subiecţii supuşi la deprivare de somn apar la un interval cuprins între 60—100 ore şi au o complexitate deosebită, însoţită de coloratură afectivă. După 100 de ore de veghe, subiectul poate prezenta stări delirante paranoide. În perioada stării de veghe, subiectul „cade" pentru scurt timp în somn, putînd ajunge la realizarea unui „somn în picioare". Remarcabilă este însă capacitatea de recuperare a „datoriei" de somn, care se poate realiza în 24 de ore de somn de tip lent, fără activitate onirică.

(Pentru tulburările somnului → HIPERSOMNIE, HIPOSOMNIE, INSOMNIE).

771. **SOMN$^{(B)}$ boală** ● Afecţiune infecto-contagioasă în a cărei transmitere este implicată musca „ţeţe", agent vector pentru tripanosoma gambiense sau rhodiense. De origine africană, boala are o evoluţie îndelungată, desfăşurată clasic în patru etape :

- perioada iniţială, de inoculare, la nivelul unei leziuni indurate (cu aspectul unui furuncul) ;
- perioada de difuziune limfatico-sanguină, cu febră, adenopatii, hepato-splenomegalie, prurit, tulburări în sfera activităţii şi comportamentului, acestea din urmă atrăgînd mai curînd atenţia ;
- perioada meningo-encefalitică, în care domină tulburările somnului, cu hipersomnie diurnă şi insomnie nocturnă (30%) ; simptomele de tip hipomaniacal pot interfera stările de epuizare ;
- perioada encefalitei demielinizante, care aduce pe prim plan un tablou demenţial în evident contrast cu absenţa afectării intelectuale pînă în acel moment.

Evoluţia este fatală, către exitus. În afară de criteriile clinice, investigaţiile paraclinice aduc informaţii suplimentare, fiind utile diagnosticului : imunoglobulinele M crescute semnificativ în sînge şi în lichidul cefalorahidian, electroencefalograma cu bufee de unde delta şi beta, bilateral, mai ales în derivaţiile anterioare.

Tratamentul se adresează fazei limfatico-sanguine şi celei cerebrale, cînd se pot obţine unele remisiuni în cazul formelor subacute sau cronice.

772. **SOMN – cură** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CURĂ (de) SOMN.

773. **SOMN – deprivare terapeutică** ● Metodă terapeutică, introdusă de EINKE şi SCHULTZ, în 1970, constînd în împiedicarea pacientului de a adormi timp de 24 de ore (→ DEPRIVARE DE SOMN).

774. **SOMNAMBULISM** (cf. lat. *somnus* „somn" ; *ambulare* „a umbla") — sin. HIPNOBATISM ; NOCTAMBULISM ● Automatism ambulator nocturn, descris încă din antichitate (GALEN suferea de această afecţiune şi efectua deplasări îndelungate în timpul accesului somnambulic). Are apariţie episodică, fiind caracterizat clinic prin deplasarea în spaţiu a individului în timpul somnului, fără ca acesta să fie conştient sau să-şi amintească episodul.

Dintre multiplele studii efectuate asupra acestui fenomen se detaşează cele făcute de GASTAUT, în ultimele două decenii, precum şi cele ale lui POPOVICIU şi SZABO, BRANGHTON. După aceşti autori, somnambulismul este o manifestare nocturnă neepileptică, de origine psihoreactivă, care apare la indivizii instabili, iritabili, aflaţi într-o conjunctură conflictuală generatoare de stări anxioase.

Electroclinic, acest fenomen se caracterizează printr-o disociaţie : în timp ce electroencefalograma are un aspect de „trezire" şi pacientul prezintă un automatism ambulator, el continuă în realitate să doarmă.

Somnambulismul apare mai des la copii decît la adulţi (şi numai o mică parte dintre aceştia au avut astfel de crize în copilărie), fără predilecţie pentru un anumit sex. Frecvenţa crizelor este invers proporţională cu vîrsta : între 5—10 ani, poate fi de 1—2 pe noapte, între 10—12 ani, de 1—2 pe săptămînă, după 12 ani, de 1—2 pe lună (BICHER). Atunci cînd somnambulismul este însoţit de alte parasomnii (somnilocvie, pavor etc. — asociere existentă în mai mult de jumătate dintre cazuri) sau cînd se asociază stări febrile, efort fizic intens şi prelungit, anumite medicamente, frecvenţa crizelor creşte. POPOVICIU şi colaboratorii (1978, 1979, 1980) au propus, pe baza studiilor electroclinice, următoarea clasificare :

- somnambulism simplu psihogen, asociat sau nu altor parasomnii, caracterizat prin traseu electroencefalogafic normal, examen neurologic negativ, prezenţa factorilor psihogeni declanşatori, apariţia în faza lentă a somnului paradoxal, buna organizare a somnului ;
- automatism ambulatoriu nocturn (nu se poate folosi termenul de somnambulism propriu-zis, pentru că aceste cazuri prezintă anumite particularităţi), apărut la subiecţi cu antecedente patologice legate de apariţia acestor automatisme, caracterizat prin examen neurologic pozitiv, modificări ale pneumoencefalogramei, modificări electroencefalogra-

fice, uneori de aspect epileptic, anomalii de organizare a somnului ;

- automatisme motorii nocturne la pacienţii care prezentau şi manifestări diurne paroxistice neconvulsivante (deambulări, manifestări de tip temporal), în posibilă relaţie cu epilepsia temporală ;
- automatisme ambulatorii nocturne la bolnavi prezentînd şi manifestări clinice convulsive.

HUBER (1962) propune o clasificare mai simplă :

- somnambulism fără expresii electroencefalografice şi fără crize epileptice ;
- somnambulism în cadrul unor crize epileptice tranzitorii ;
- somnambulism în epilepsia temporală cronică.

Simptomatologia clinică a cunoscut de-a lungul vremii descrierea unor cazuri care uimeau prin ineditul lor. Manifestarea apare, de obicei, în prima parte a nopţii, cînd subiectul, cu ochii deschişi, palid, părăseşte patul şi efectuează diverse acţiuni, uneori dezordonate, dar de cele mai multe ori extrem de coordonate şi precise (coordonare şi precizie greu de atins chiar şi în timpul stării de veghe). În timpul acestor acţiuni, se înregistrează tahipnee, tahicardie, clipit frecvent. Acţiunile îndeplinite sînt mai mult sau mai puţin complexe, fiind descrise însă deplasări pe distanţe lungi, acte motorii complicate şi periculoase, furturi, acţiuni ciudate şi chiar crime. Trezirea este extrem de dificil de realizat, iar după consumarea episodului, amnezia este completă. GRASSET, studiind subiecţii cu astfel de automatisme nocturne, observă existenţa unei „memorii" a actelor efectuate în timpul crizelor (subiecţi care în timpul episodului somnambulic ascund un obiect, pe care în stare de veghe nu-l pot regăsi, dar pe care îl regăsesc cu uşurinţă în timpul unui nou episod sau la repetarea unor acţiuni similare). Trezirea bruscă poate produce accidente grave sau declanşează o mare agresivitate a subiectului. În timpul crizei există o lipsă totală de răspuns la stimulii senzitivi şi senzoriali.

În ceea ce priveşte etiologia somnambulismului, părerile sînt încă divergente. Dacă unii autori (GASTAUT, DEBRAY, HUON, POPOVICIU şi SZABO) îi atribuie o origine psihogenă neepileptică, FRÈRÉ, BABINSKI, JOFFROY îl explică prin „stări confuzionale isterice", iar alţii îl consideră drept un echivalent epileptic.

În etiologie, se confirmă existenţa unui factor eredo-familial, cu o posibilă bază neuro-chimică, legată de un deficit de catecolamine. În literatura de specialitate însă, domină teoria originii psihogene a somnambulismului, care apare la copiii cu o structură psihică particulară (iritabili, instabili, anxioşi). Multiple argumente pot fi aduse în favoarea acestei ipoteze :

- apariţia somnambulismului neasociat altor fenomene paroxistice episodice nocturne ;
- existenţa unor tulburări de comportament şi a unui tablou nevrotic anxios ;
- lipsa unor antecedente semnificative;
- posibilitatea de a stabili o relaţie directă cu psihotrauma ;
- electroencefalogramă normală în 80% din cazuri ;
- lipsa modificării importante a arhitecturii somnului ;
- proba terapeutică : eficienţa psihoterapiei şi a sedativelor (L. POPOVICIU).

Apariţia unui stres emoţional la o vîrstă la care există o imaturitate cerebrală determină inadaptabilitatea funcţiilor nervoase la condiţiile ambientale negative, declanşînd nu numai apariţia somnambulismului, ci şi a altor manifestări episodice nocturne.

Relaţia somnambulism-epilepsie este încă extrem de controversată, mai ales că automatismele motorii diverse depăşesc cadrul strict al epilepsiei temporale. Este cert însă că există automatisme ambulatorii nocturne psihoreactive, distincte de cele care apar la indivizii cu anumite suferinţe cerebrale (şi sînt neepileptice) şi de cele care sînt automatisme epileptice ambulatorii de somn. BROUGHTON şi GASTAUT (citaţi de POPOVICIU) consideră că somnambulismul este, ca şi alte parasomnii, o tulburare de trezire (ceea ce nu exclude factorul psihogen).

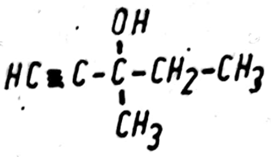
HUAPAYA (1979) a descris un somnambulism episodic, apărut la persoane în vîrstă, care urmau un tratament hipnotic, neuroleptic, antihistaminic, sau antidepresiv.

Episoadele somnambulice au fost observate la copii cu stări febrile (KALES şi colaboratorii), precum şi la adulţi după un efort fizic susţinut şi prelungit.

Tratamentul vizează, ca în toate psihogeniile, respectarea unor condiţii de psihoigienă, administrarea unor sedative în a doua parte a zilei, a unor antidepresive de tip imipraminic.

775. **SOMNASED**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NITRAZEPAM$^{(M)}$ România.

776. **SOMNESIN**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-Ol, cu acţiune sedativ-hipnotică şi miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.



$$HC\equiv C-\overset{\overset{\displaystyle OH}{|}}{\underset{\underset{\displaystyle CH_3}{|}}{C}}-CH_2-CH_3$$

777. **SOMNIAL** (cf. lat. *somnus* „somn") ● Termen cu arie restrînsă de folosire (mai ales în literatura anglo-saxonă), referitor la vise.

778. **SOMNIBEL**$^{(M)}$ Germania
SOMNIL$^{(M)}$ Ecuador
SOMNITE$^{(M)}$ Anglia
— DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1, 4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.

779. **SOMNIFACIENT** (cf. lat. *somnus* ; *facere* „a face") ● Termen format artificial pentru a desemna hipnoticele şi inductoarele de somn, nepreluat în practica medicală.

780. **SOMNIFERE** (cf. lat. *somnus* „somn" ; *ferre* „a aduce") ● Grup de medicamente psihotrope, care au ca efect terapeutic inducerea şi menţinerea somnului.

Termenul este astăzi mai puţin utilizat, fiind sinonim cu cel de hipnotice (de circulaţie internaţională).

781. **SOMNILOCHIE** (cf. lat. *somnus* ; *loqui* „a vorbi") — sin. SOMNILOCVIE ● Automatism verbal nocturn, caracterizat printr-o vorbire mai mult sau mai puţin clară şi inteligibilă în timpul somnului.

GASTAUT o încadrează în grupa de fenomene inerente somnului, arătînd că este mai frecventă la copii. DIATKINE, SALLUV, ARKIN, POPOVICIU, SZABO au adus argumente majore în ceea ce priveşte originea psihogenă a somnilochiei într-un mare număr de cazuri, argumentul unor înregistrări poligrafice fără anomalii fiind peremptoriu (POPOVICIU, BICHER — 1984).

Asocierea somnilochiei cu o serie de manifestări motorii (automatisme masticatorii, bruxism, somnambulism) şi psihopatologice (iluzii, halucinaţii, crize de anxietate hipnagogică), ca şi unele înregistrări poligrafice modificate pledează însă pentru originea organică.

O serie de autori străini şi români (în special şcoala de neurofiziologie de la Tîrgu Mureş) au căutat să stabilească o relaţie între conţinutul discursului şi conţinutul viselor din momentul episodului somnilocvic. Deşi GASTAUT a respins orice posibilă relaţie, o serie de autori (FOLKES, FISCHER ş.a.) au arătat că „nu se poate infirma ipoteza unei concordanţe" (POPOVICIU).

782. **SOMNIPATIE** (cf. lat. *somnus* ; gr. *pathos* „suferinţă, încercare, experienţă") ● Termen generic pentru tulburările de somn. În prezent, este înlocuit cu termenul de dissomnie.

783. **SOMNIUM**$^{(MC)}$ Grecia ● Produs terapeutic ce conţine două medicamente tipizate cu acţiune diferită, dar care se complementează :

- ● AMITRIPTILINA$^{(M)}$ — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- ● CLORDIAZEPOXID$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acţiune sedativ-antidepresivă.

784. **SOMNOL**$^{(M)}$ Canada — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-/2-(dimetilamino)etil/-5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1, 4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică. E indicat în insomniile mixte, contraindicat în timpul sarcinii, al alăptării, în glaucom şi miastenie.

785. **SOMNOLENŢĂ** (cf. lat. *somnolentia*) ● Stare intermediară între veghe şi somn. Se caracterizează printr-o tendinţă irezistibilă spre somn, deşi subiectul face uneori eforturi ca să nu adoarmă. Se instalează de obicei lent, şi chiar dacă subiectul a adormit, poate auzi sau înţelege cuvintele spuse cu voce tare, uneori poate răspunde laconic, recăzînd apoi în starea de somn. Stimulările mai puternice pot trezi complet subiectul.

Poate fi generată de un efort fizic deosebit, cu lipsă prelungită de somn, frig excesiv, supradozări de substanțe tranchilizante, hipnotice, neuroleptice, afecțiuni organice ale creierului (encefalite, tumori cerebrale, boli vasculare cerebrale, traumatisme craniocerebrale, encefalopatii secundare), insuficiențe cardiorespiratorii, hepatice, renale, tiroidiene și corticosuprarenale.

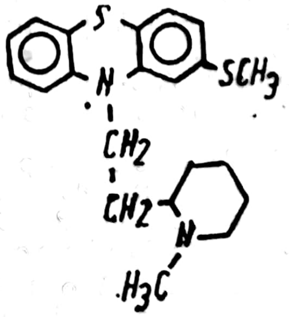
Tratamentul este etiopatogenic.

786. **SOMNOTERAPIE** (cf. lat. *somnus* ; gr. *therapeia* „tratament") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CURĂ (de) SOMN.

787. **SOMNOZĂ** ● Somnambulism produs în timpul somnului hipnotic. Termenul a fost introdus de SIVADON.

788. **SONACON**$^{(M)}$ Canada, Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină. Are acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

789. **SONAPAX**$^{(M)}$ Polonia, Germania — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkilpiperazinat de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil) etil/-2-(metiltio)-fenotiazină,



cu acțiune sedativ-anxiolitică. În funcție de doză, poate fi utilizat atît în psihogenii, cît și în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TIORIDAZIN$^{(M)}$.

790. **SONAZINE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

791. **SONDAJ** (cf. fr. *sondage* „acțiunea de a sonda") ● Acțiune de cunoaștere care se efectuează doar asupra unuia sau a mai multor eșantioane, considerate reprezentative, dintr-o populație statistică. Obiectivul principal al cercetării pe bază de sondaj al populațiilor statistice este acela de a obține, cu efort minim, un volum maxim de informație asupra populației originare, luate în studiu. Adeseori, gradul de exactitate este mai mare decît cel realizat prin studierea întregii populații ; în cazul ultimului procedeu, din cauza volumului foarte mare de muncă, erorile sînt inevitabile. Deducțiile pe bază de eșantion nu sînt deterministe, ci probabiliste. După modul în care se alege eșantionul, există mai multe tipuri de sondaj :

- sondaj pur aleator — cînd elementele eșantionului sînt alese la întîmplare din populația de origine, fiecare element component al populației avînd teoretic aceeași probabilitate de a fi ales în eșantion ; se obține astfel o anumită asemănare a structurii eșantionului cu cea a populației de origine ;
- sondajul dirijat — efectuat după un anumit principiu prestabilit ; nu este exclus ca un eșantion aleator să se abată mult față de medie, în timp ce un eșantion dirijat poate fi, prin alegerea sa, foarte apropiat de medie ;
- sondajul mixt — combinare între primele două, cel mai reprezentativ exemplu fiind sondajul stratificat ; constă în divizarea întregii populații în straturi și apoi în extragerea cîte unui eșantion aleator din fiecare strat.

Sondajul poate fi repetat sau nerepetat. Un sondaj se numește repetat dacă elementul ales este reintrodus în populația originară înainte de a fi ales următorul ; în cazul sondajului nerepetat, elementele alese nu se reintroduc în populația originară.

Sondajul este deosebit de util în studiile statistice ale incidenței unor afecțiuni într-un anumit teritoriu, examinarea medicală amănunțită a tuturor indivizilor unei populații fiind aproape imposibilă.

Sondajul de opinie a cunoscut o largă aplicabilitate, mai ales în SUA, unde, ca primă formă instituționalizată de cercetare a opiniei publice, este menționat în 1919, proliferînd apoi în mai multe țări. Principiul anchetei prin sondaj a fost popularizat de GALLUP, nume pe care îl poartă în SUA un cunoscut institut specializat. Sondajul se efectuează, de obicei, prin intermediul chestionarului cu răspunsuri prefigurate, din care se alege unul.

792. **SONEBON$^{(M)}$** Brazilia ● DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.

793. **SONIA$^{(M)}$** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspindite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

794. **SONIPAN$^{(M)}$** Brazilia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NITRAZEPAM$^{(M)}$ România.

795. **SOPAX$^{(M)}$** Portugalia — DCI *Nordazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-anxiolitică. Este indicat in distonii neurovegetative, psihosomatică. Are o bună toleranță și o singură contraindicație : miastenia.

796. **SOPHIAMIN$^{(M)}$** — Japonia DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON$^{(M)}$ România.

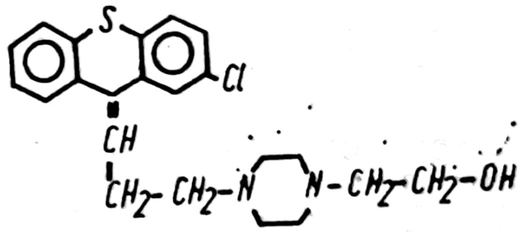
797. **SOPIA$^{(M)}$** Coreea — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu neuroleptice incisive.

798. **SOPOR** (cf. lat. *sopor* „somn adînc") ● Stare de somnolență accentuată, care se apropie ca aspect clinic de starea de comă. Subiectul reacționează la stimuli dureroși, dar nu mai poate da răspunsuri verbale, coerente, chiar dacă este puternic stimulat. Se intilnește in toate stările de ingustare a cimpului conștiinței care evoluează spre comă (→ COMĂ).

799. **SOPRONTIN$^{(M)}$** Germania — DCI *Acepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/3-(dimetilamin)propil/fenotiazin-3-il metil ketonă, cu acțiune sedativă, antiemetică și alfa-adrenolitică. Potențează acțiunea narcoticelor, hipnoticelor, analgezicelor și curarizantelor. Acțiunea sa poate fi comparată cu a CLORDELAZINULUI, avînd însă un efect de 2—3 ori mai puternic și o toxicitate redusă la jumătate. Efectele secundare fiind mai moderate, are o paletă mai largă de utilizare.

800. **SORDENAC$^{(M)}$** Austria — DCI *Clopentixol* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic $\xrightarrow{\text{sin}}$ SORDINOL$^{(M)}$.

801. **SORDINOL$^{(M)}$** Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Italia, Iugoslavia, Olanda, Suedia — DCI *Clopentixol* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic cu o catenă laterală fenotiazinică, de tip 4-/3-(2-clortioxanten-9-ilidenă)propil/-1-piperazinetanol, cu acțiune sedativă rapidă (superioară de 4—5 ori CLORPROMAZINEI), cu valențe antiemetice și spasmolitice, acțiunea sa antipsihotică fiind inferioară clasei. Efectele sale secundare sint de tip incisiv, adăugindu-li-se și hipotensiunea.



802. **SORDINOL DEPOT$^{(M)}$** Elveția **SORDINOL RETARD$^{(M)}$** Austria, Germania. — DCI *Clopentixol decanoat* ● Forma depozit a produsului standard.

803. **SOSIE (de la *sosie* — persoană care seamănă perfect cu alta, după numele unui personaj din comedia lui PLAUT „Amphitryon" : sclavul a cărui înfățișare o ia Mercur) ● În psihiatrie, desemnează o tulburare calitativă de percepție, descrisă de CAPGRAS in 1925 (→ CAPGRAS-SÉRIEUX$^{(S)}$ sindrom).**

● În psihofarmacologie, reprezintă acel subiect care are caracteristici psihologice și psihopatologice similare cu ale altuia, ceea ce permite folosirea lui ca martor pentru studierea efectelor comparative ale unor medicamente diferite. În studiile care se fac, se caută loturi in care subiecții să indeplinească cit mai fidel rolul de sosie, ceea ce duce la sporirea gradului de exactitate in descrierea unui medicament psihotrop nou, atit in privința efectelor pozitive, cit și a eventualelor reacții adverse.

804. **SOTACOR**$^{(M)}$ Anglia, Olanda, Suedia
SOTALEX$^{(M)}$ Elveţia, Franţa, Germania
● Betablocante, derivaţi isopropilaminici → SOTALOL$^{(DCI)}$.

805. **SOTALOL**$^{(DCI)}$ ● Betablocant, derivat isopropilaminic de tip 4'-/1-hidroxi-2-(isopropilamino) etil/metan-sulfonanilidă, indicat în anxietate, distonii neurovegetative. Posedă valenţe adrenolitice. Nu duce la dependenţă. Constituie principiul activ al unor produse farmaceutice, dintre care cele mai bine cunoscute sînt :

SOTACOL$^{(M)}$ Anglia, Danemarca, Finlanda, Olanda, Suedia.

SOTALEX$^{(M)}$ Elveţia, Franţa, Grecia, Italia, Portugalia, Germania.

Se mai întîlneşte şi sub numele :

BETA-CARDONE$^{(M)}$ Anglia ;
BETACARDONE$^{(M)}$ Argentina ;
JUSOTAL$^{(M)}$ Iugoslavia ;
LESOTAL$^{(M)}$ Iugoslavia ;
SOTALEX MITE$^{(M)}$ Germania ;
SOTAPER$^{(M)}$ Mexic.
→ BETABLOCANTE.

806. **SOTAPER**$^{(M)}$ Mexic ● Betablocant, derivat isopropilaminic → SOTALOL$^{(DCI)}$.

807. **SOTERIE** (ci. lat. *Soter* „Salvatorul", epitet al lui Jupiter) ● Denumire sub care LAUGHLIN încearcă, în 1955, să delimiteze o nevroză caracterizată prin căutarea permanentă de „liniştitoare". Obiectele de sprijin joacă rolul invers obiectelor fobogene, fiind căutate cu insistenţă de subiect, care le investeşte cu valoare conjuratorie. Subiectul îşi descarcă tensiunea anxioasă în prezenţa unor astfel de obiecte, care, ca şi cele fobogene, se pot substitui între ele, după o perioadă pierzîndu-şi „însuşirile" miraculoase.

Acest comportament, avînd la bază un mecanism nevrotic, se află la limita patologicului, fiind condiţionat îndeosebi socio-cultural.

808. **„SOUTH OAKS"**$^{(T)}$ **test** ● Metodă recentă de evidenţiere, după criteriile DSM III, a jucătorilor de noroc patologici. Constă într-un chestionar cu 20 de itemi, care pot fi autoadministraţi sau utilizaţi de un examinator.

Principalele direcţii ale chestionarului sînt următoarele : abandonul familiei, abandon profesional, disimularea cîştigurilor şi a pierderilor la joc, delapidarea şi datoriile, împrumuturi din surse ilegale, comiterea de infracţiuni pentru finanţarea jocului.

Testul, elaborat de H. LESIEHR şi S. BLUME (1987), apare ca avînd o validitate remarcabilă şi eficientă pentru discriminarea rapidă a toxicomaniilor şi a altor afecţiuni de „jucătorii patologici", cu atît mai mult cu cît, la ora actuală, pare a fi singura modalitate ştiinţifică de a decela această categorie de infractori.

809. **SOWELL**$^{(M)}$ Elveţia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea „un mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

810. **SPAIMĂ** ● Criză emoţională produsă de perceperea unui pericol potenţial extern sau intern, real sau imaginar. Noţiunea se defineşte în raport cu experienţa infantilă, bazîndu-se pe distincţia dintre realitate şi fantasmă (→ANGOASĂ, ANXIETATE, FOBIE).

811. **SPALESTON**$^{(M)}$ **; SPALPANE**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acţiune miorelaxant-sedativă şi valenţe anxiolitic-anticonvulsivante. Are o bună toleranţă, efectele sale secundare fiind practic nule.

812. **SPANACTIN**$^{(MC)}$ Spania ● Produs farmaceutic ce conţine două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar care se complementează :

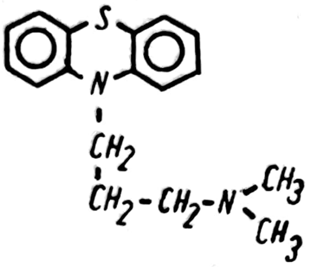
- TRIFLUOPERAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- DEXAMFETAMINA$^{(M)}$ — psihostimulent, derivat feniletilaminic.

Are acţiune sedativ-anxiolitică.

813. **SPANCAP**$^{(M)}$ SUA — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică. Este indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

814. **SPANOL$^{(M)}$** Coreea | — DCI *Fen-*
SPANTOL$^{(M)}$ Japonia. | *probamat* ●
Tranchilizante, derivaţi carbamatici $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SPALESTON$^{(M)}$ Japonia.

815. **SPARINE$^{(M)}$** Anglia, Canada, Grecia, SUA — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) şi antiemetică. Este util în tratamentele de întreţinere a psihozelor cronice şi în stările psihopatoide.



816. **SPARTOLOXIN$^{(M)}$** Anglia — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxantă şi sedativ-anxiolitică.

817. **SPASM** (cf. gr. *spasmos* „spasm") ● Contractură bruscă, involuntară, repetitivă a unui muşchi sau grup de muşchi netezi sau striaţi. Dacă este de scurtă durată, poartă numele de spasm clonic, iar dacă durata sa este mai lungă — numele de spasm tonic.

818. **SPASM CARPO-PEDAL** ● Contractură de tip spastic apărută în cursul crizelor de tetanie, la segmentele distale ale membrelor. Spasmul carpal realizează aspectul de „mînă de mamoş", cu articulaţiile metacarpo-falangiene şi articulaţia pumnului în flexie, iar cele interfalangiene în extensie, cu policele în abducţie forţată. În spasmul pedal, piciorul şi degetele piciorului se află în flexie.

819. **SPASM (în) FLEXIE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WEST$^{(S)}$ sindrom.

820. **SPASM GLOTIC** — sin. SPASM LARINGIAN $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LARINGOSPASM.

821. **SPASM (al) HOHOTULUI DE PLÎNS** — sin. SPASM AL SUSPINULUI ● Manifestare clinică ce apare la sugar şi copilul mic, fiind mai frecventă la subiecţii cu constituţie nevropatică, prezentînd şi alte simptome asociate (anorexie nervoasă, hiperemotivitate, instabilitate).

Primele descrieri ale acestei manifestări aparţin lui RILLIET şi BARTHEZ (1843). În 1918, STIER îi consacră o monografie, iar în 1932 DEBRÉ şi LEVY clasifică spasmul hohotului de plîns în cadrul convulsiilor idiopatice ale sugarului, alături de tetanie, convulsiile febrile şi recurente.

Accesul este provocat totdeauna de o emoţie, contrariere, stare de frică, dureri. Hohotele de plîns, repetîndu-se în secuse din ce în ce mai scurte, antrenează inspiraţii tot mai ineficiente, cu fixarea, în final, a toracelui în apnee. Faţa se cianozează, copilul devine inconştient, apare midriaza, iar corpul se contractă. Dacă accesul se prelungeşte, pot apărea fenomene clonice limitate sau generalizate. După un interval de aproximativ două minute, se produce o inspiraţie zgomotoasă, respiraţia se restabileşte, iar conştienţa şi mişcările reapar.

Alături de forma „completă" a spasmului hohotului de plîns, au fost descrise şi forme fruste (R. PRIŞCU, V. POPESCU) : „simplu leşin" (apnee, cianoză, cădere cu hipotonie) ; crize de contractură tonică ; cîteva secuse clonice ; accese survenind după un plîns foarte scurt.

Manifestările clinice nu sînt însoţite de pierderea urinei, febră, fenomene paretice, examenul neurologic este normal. Majoritatea autorilor (E. M. BRIDGE, C. TIETZE, N. L. LOW, E. L. GIBBS etc.) nu au constatat modificări electroencefalografice intercritice.

Evoluţia este benignă, atît pentru prezentul, cît şi pentru viitorul copilului, manifestările clinice dispărînd, de obicei, la vîrsta de 3—5 ani.

În unele cazuri este indicată psihoterapia copilului şi a familiei (mai ales în situaţia unor mame anxioase).

822. **SPASM INFANTIL** — sid. BLITZKRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF ; BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE ; CRIZE ÉCLAIRE ; CRIZE PROPULSIVE ; CRIZE SURSAUT ; GIBBS$^{(B)}$ boală ; HIPSARITMIE ; MASSIVE MYOCLONIC JERKS ; NICKKRÄMPFE ; PETIT MAL PROPULSIVE ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE ; TICURI DE REVERENŢĂ (MARCHAND) ; TICURI DE TIP SALAAM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WEST$^{(S)}$ sindrom.

823. **SPASM (de) TORSIUNE** ● Spasm caracterizat prin contracturi involuntare ale musculaturii unui hemicorp, antrenînd hiperlordoza şi torsiunea trunchiului, avînd origine extrapiramidală. Cedează în somn şi în timpul

actelor motorii automate. Este caracteristic bolii Ziehen-Oppenheim; apare şi în boala Wilson, în encefalita epidemică.

824. SPASMOFILIE (cf. gr. *spasmos*; *philia* „afecţiune") — sin. TETANIE CRONICĂ CONSTITUŢIONALĂ NORMOCALCEMICĂ; TETANIE CRONICĂ IDIOPATICĂ ● Stare de limită intre normal (teren constituţional şi ereditar predispozant) şi boală („crize de tetanie", simptome permanente somatice şi psihice), care apare predominant la femei tinere şi în condiţii de conflictualitate/sezoniere, în absenţa unor modificări biologice notabile (normocalcemie sau uşoară hipocalcemie, funcţie paratiroidiană normală).

Termenul trebuie diferenţiat de hipocalcemie — scăderea calciului plasmatic total sub 8,5 mg% (fie scăderea calciului legat de proteine, ca în hipoalbuminemii, fie cea a calciului ionic, reprezentind în mod normal 40—50% din calcemia totală) — şi de tetanie (→ TETANIE), sindrom clinic şi electric, consecinţă a hiperexcitabilităţii neuromusculare, manifestat prin accese intermitente şi tranzitorii de simptome senzitivo-motorii cu predominanţă distală şi cu expresie progresivă centripetă.

Descrierea tabloului clinic clasic îi aparţine lui TROUSSEAU (1854, 1868), care il numeşte „boala dolcilor". Printre cei care au adus contribuţii însemnate la clinica şi etiopatogenia acestei „afecţiuni" cu caracter mai deosebit (ERDHEIM, ASKANAZY, SCHLANGENHAUTER, MANDELL, LOEB, NETTER, MAC CALLUN şi VOEGTLIN) pot fi menţionaţi şi citiva specialişti români. C. I. PARHON şi C. URECHIA (1907) au inaugurat terapia cu calciu în tetania experimentală; incepînd din 1909, PARHON, DUMITRESCU şi NISIPEANU au intreprins cercetări la nivelul diferiţilor centri nervoşi la animalele tireoparatiroidectomizate, demonstrind, in 1932, împreună cu M. CAHANE, relaţia directă dintre simptomele clinice ale tetaniei şi conţinutul redus în calciu al ţesutului nervos.

Spasmofilia constituţională idiopatică a fost descrisă ce H. P. KLOTZ, în 1948, fiind concepută ca o predispoziţie a bolnavilor spre spasme şi crize spasmodice şi distinsă de tetania hipoparatiroidiană apărută după tiroidectomie.

ALAJOUANINE (1958) a propus o definiţie mai largă: „stare morbidă complexă, putînd asocia simptome funcţionale şi umorale şi, destul de frecvent, un sindrom tetanic în forma sa manifestă acută sau, cel mai adesea, latentă". Cercetările celor doi autori menţionaţi, ca şi cele ale vienezului JESSERER (1958), ale finlandezului MEYER (1959) şi ale latino-americanului PIMENTAL-MALAUSSENA (1961) sint totuşi contestate de alţi autori.

Din punct de vedere etiopatogenic, unii consideră spasmofilia ca o manifestare a hipomagneziemiei, idee contestată insă de alţi specialişti (Gr. LUNGU, 1982).

Frecvenţa spasmofiliei este practic necunoscută: KLOTZ indică 7—8% din populaţia Franţei, iar ARNAUD-CASTIGLIONI şi SCOTTO — 12% în aceeaşi ţară, dar la o dată diferită (1985). Spasmofilia este practic necunoscută în ţările anglo-saxone. Clinica de endocrinologie a Spitalului Clinic Judeţean Timişoara găseşte la bolnavii internaţi între 1974—1978 o frecvenţă de 33,22%.

Sexul feminin este preponderent (81,6% — KLOTZ, 91% în cercetările timişorene). Virsta activă (25—55 de ani) reprezintă perioada în care apar cele mai multe manifestări ale spasmofiliei. Mediul urban, prin expunerea mai redusă la radiaţiile solare, pare a favoriza, alături de factorii de stres caracteristici, o frecvenţă crescută a crizelor.

Criza de spasmofilie, destul de frecvent intilnită în practica medicinii interne şi în practica psihiatrică, este uşor de recunoscut şi spectaculos reversibilă la banala, dar eficienta injecţie cu calciu bromat în venă. Medicul este confruntat cu tabloul mai mult sau mai puţin complet al crizei de tetanie: amorţeli sau crampe ale extremităţilor, spasm carpo-pedal („mina de mamoş"), hipertonia musculară, sau tabloul tetaniei cronice: slăbiciunea musculară, amorţeli ale extremităţilor, crampe musculare, blefarospasm, palpitaţii, spasme viscerale (esofagiene, gastrice, intestinale), vasculare. Aceste tulburări sint relatate de bolnavi prin expresii din cele mai plastice („nod în git", „furnicături", „sufocare" etc.), iar anamneza poate releva cu destulă uşurinţă, în trecutul apropiat, existenţa unui incident, a unui eveniment psihotraumatizant, a unei situaţii de contrarietate în colectivul de muncă sau mediul familial, urmată de creşterea bruscă a tensiunii emoţionale (hiperpnee, alcaloză) şi instalarea bruscă sau la interval de ore a spasmelor respective. Anxietatea este totdeauna prezentă, în diversele ei forme, alături de accentuarea trăsăturilor de hiperemotivitate şi hiperexcitabilitate (preexistente). Sindromul neurastenic este prezent: astenie matinală, dissomnie, insomnie, cefalee. Alături de spasmele orbicularului pleoapelor sau al gurii, apar şi spasme localizate la nivel visceral (esofagian, gastric, intestinal, cardiovascular, uterin etc.). Spasmofilia constituie un teren favorabil declanșării manifestărilor de tip pitiatic sau nevrotic anxios.

KLOTZ (citat de LUNGU) semnalează apariția unor sindroame paranoide, a psihozelor puerperale, care se asociau sau erau distincte de manifestările paroxistice de tetanie și care au cedat spectaculos la administrarea de calciu, vitamina D și betablocante (in timp ce psihotropele nu au avut nici un efect).

Semnele clinice evocatoare pentru diagnosticul spasmofiliei ar fi: pozitivarea semnului Chvostek sau al facialului (→ CHVOSTEK* semn), semnul Trousseau (→ TROUSSEAU* semn), semnul Weiss, semnul Lust (ultimele două avînd valoare redusă) și tulburările trofice (paradontopatie și/sau carii dentare, friabilitatea unghiilor și a părului, cataractă).

Dintre examenele paraclinice, EKG și EEG nu prezintă modificări specifice, electromiografia fiind deocamdată singura capabilă să certifice prezența spasmofiliei, prin inscrierea potențialelor repetitive (triplete, multiplete). Cercetările indică totuși cazuri (20%) de tetanie și spasmofilie cu electromiogramă normală, deci o electromiogramă negativă nu exclude spasmofilia.

Examenele de laborator oferă date suplimentare de diagnostic: calciul seric total și cel ionic fiind, de obicei, normale, se poate presupune o hipocalcemie la nivel tisular. Este însă posibil ca valoarea calcemiei să scadă relativ brusc, sub incidența unor factori cum sint: alcaloza prin hiperpnee, vărsături, ingestii de alcaline, valori crescute ale unor hormoni (estrogeni, corticoizi, glucagon, adrenalină). Hipomagneziemia este și ea incriminată, fără a se putea încă aduce date certe in susținerea acestei ipoteze.

Probele statice (calcemia totală, ionică, fosforemia, calciuria, fosfaturia, clearance-ul fosforului) și probele dinamice, care evidențiază tarea de funcționare a paratiroidei, contribuie mai ales la realizarea diagnosticului diferențial al hipocalcemiilor hipoparatiroidiene.

Diagnosticul diferențial presupune, în mod obligatoriu, excluderea altor manifestări paroxistice acute: criza isterică, epileptică, criza tetanică prin alcaloză (hiperventilație), tetania gastrică sau cloroprivă (KÜSSMAUL, 1868), tetania din hiperaldosteronismul primar (CONN, 1955), criza tetanică neurogenă, tetania cu hipomagneziemie și tetaniile hipocalcemice (endocrinologice). Psihiatrul se confruntă mai ales cu primele două manifestări, dar nu trebuie să ignore și alte participări posibile: un examen clinic și paraclinic, de laborator, efectuat cu multă atenție este necesar.

CRITERII DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE VARIATELE HIPOCALCEMII

	Ca	P	Fosfataza alcalină	PTH	Excitabilitate neuromusculară	Leziuni osoase
Hipoparatiroidism	/	/	/N	/	+ + +	—
Pseudohipo PT	/	/	/N	/	+ +	osteita fibrochistică
Hiper CT	/	/	/N	/N	—	—
Hipovitaminoza D osoasă	/	/	/N	/N	—	osteomalacie
Hipovitaminoza D renală	/	/	/N	/	— —	osteita fibrochistică
Hipomagnezimie	/	/	/N	/N	+	—

Evoluția spasmofiliei este „lungă și descurajatoare", deși pot exista apreciabile perioade intercritice de latență.

Tratamentul (de urgență, de întreținere și profilactic) va ține cont de mecanismul declanșator, dacă este posibil de detectat (de exemplu, hiperpneea după emoții, efort fizic se poate reduce rapid prin forțarea bolnavului de a inspira bioxid de carbon din aerul expirat într-o pungă de nylon, etanș aplicată pe fața sa), și va include totdeauna administrarea de calciu (intravenos, oral), alături de sedative, tranchilizante, preparate de vitamina D_2, D_3. Psihoterapia de susținere individuală poate da bune rezultate. Alimentația echilibrată, din care laptele și produsele lactate nu trebuie să lipsească, are un rol important. Cura solară (la munte, la mare) rămîne o indicație controversată.

825. **SPASMOFEMIE** (cf. gr. *spasmos* „spasm, convulsie"; *pheme* „semn, revelație prin cuvinte") ● Termen generic, desemnînd o serie de tulburări ale vorbirii, cu caracter spastic.

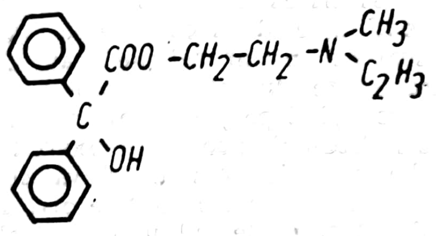
826. **SPASMOLITIC** (cf. gr. *spasmos* ; *lytikos* „care uşurează") — sin. ANTISPASTIC.

827. **SPASMOLYN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxantă şi sedativ-anxiolitică.

828. **SPASTICĂ IDIOŢIE** — sin. AMAUROTICĂ IDIOŢIE ; AXONALĂ IDIOŢIE ; DEGENERESCENŢĂ NEUROAXONALĂ INFANTILĂ $\xrightarrow{sin.}$ SEITELBERGER$^{(B)}$ boală.

829. **SPASTICITATE** (cf. gr. *spasmos*) ● Hipertonie musculară de origine piramidală.

830. **SPATOMAC**$^{(M)}$ Franţa — DCI *Benactizina* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acţiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale şi periferice. Este necesar a se avea în vedere acţiunea proconvulsivantă şi interdicţia consumului de alcool în timpul tratamentului.



831. **SPAŢIU** (cf. lat. *spatium*) ● **Categorie filozofică referitoare la o formă obiectivă fundamentală de existenţă şi determinare a materiei, reflectînd raporturile de coexistenţă dintre obiecte sau fenomene sau dintre componentele lor în funcţie de dimensiuni, distanţa dintre ele şi poziţia unui obiect (fenomen) în raport cu altele.**

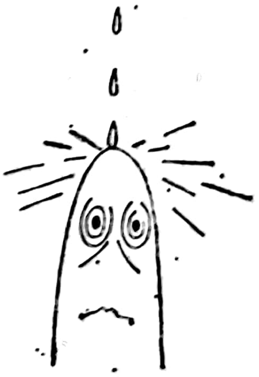
Categoria spaţialităţii pune gîndirii ştiinţifice şi filozofice probleme dintre cele mai dificile. Între acestea, se detaşează chestiunea privind caracterul obiectiv sau subiectiv al însuşirilor spaţiale. Pînă în epoca modernă, imensa majoritate a filozofilor, matematicienilor şi fizicienilor nu s-au îndoit de obiectivitatea determinărilor spaţiale, pe care le-au considerat a fi în mod evident atribute ale existentului, reflectate în conştiinţă. Cea mai timpurie (şi poate cea mai radicală) contestare a conţinutului obiectiv al reprezentărilor spaţiale este formulată de şcoala eleată ; elaborînd o filozofie a Fiinţei ca Unu identic cu sine, absorbit în propria lui perfecţiune, eleaţii desluşesc caracterul anatomic al determinărilor spaţiale în marginea gîndului atotcuprinzător al Fiinţei pure, care nu se delimitează, căci e unică — şi, din acest motiv, ajung să respingă evidenţa sensibilă ca amăgire şi iluzie. Un punct de vedere similar este susţinut de către BERKELEY, dar cu argumente diferite. Adoptînd o perspectivă epistemologică, episcopul englez consideră că toate impresiile sensibile — între care şi cele spaţiale — sînt produse ale facultăţii de reprezentare, cărora nu le corespunde nici o realitate materială, independentă şi exterioară faţă de conştiinţă. Cea mai elaborată şi cea mai influentă teorie care contestă obiectivitatea determinaţiilor spaţiale este apriorismul kantian. În „Critica raţiunii pure" (1781), KANT afirmă că spaţiul şi timpul nu sînt proprietăţi ale lucrurilor, reflectate în conştiinţă, ci forme a priori ale sensibilităţii, care ordonează în scheme imanente subiectului fluxul haotic al impresiilor sensibile. Apriorismul intuiţiei spaţiale reprezintă, în concepţia kantiană, fundamentul epistemologic al geometriei euclidiene, explicînd posibilitatea demonstraţiilor şi certitudinilor apodictice ale acestei ştiinţe, care nu descrie obiectele reale, ci construieşte, prin reprezentare pură, raporturi spaţiale abstracte, golite de orice conţinut empiric. Seducătoare prin simplitatea ei, teoria kantiană face însă enigmatică posibilitatea gîndirii de a anticipa, cu ajutorul calculului matematic, evoluţia unor fenomene date în experienţă, fapt pus în evidenţă, mai întîi, de succesele astronomiei (descoperirea prin calcul a ultimelor planete din sistemul nostru solar, ulterior „văzute" datorită perfecţionării instrumentelor optice de observaţie a cerului). Apariţia geometriilor non-euclidiene a demonstrat posibilitatea conceperii unor structuri spaţiale pur raţionale, cu alte proprietăţi decît spaţiul euclidian, nesesizabile prin intuiţie. Caracterul aparent „imaginar" al acestor sisteme geometrice (cărora, la început nu li s-a putut da o interpretare fizică) l-a făcut pe H. POINCARÉ să susţină un punct de vedere convenţionalist, apreciind că determinările spaţiale pe care le definesc diferitele ştiinţe nu reflectă proprietăţi ale realului, ci sînt doar scheme explicativ-teoretice, cu caracter formal, acceptate în mod temporar drept valabile de către comunitatea ştiinţifică, aşadar, simple convenţii. Mecanica relativistă, elaborată de EINSTEIN, şi interpretarea acesteia de către MINKOWSKI au scos în evidenţă faptul că, departe de a fi „imaginare", construcţiile geometrice non-euclidiene sînt descrieri adecvate ale unor fenomene fizice situate în straturile elementare ale arhitectonicii cosmologice. „Coincidenţa" dintre construcţiile abstracte ale gîndirii teoretice şi faptele experimentale confirmă astfel interpretarea spaţiului ca proprietate universală a existenţei obiective, pe care conştiinţa o reflectă în modalităţi din ce în ce mai subtile, mai rafinate. Această reflectare nu este, însă, pasivă şi nemijlocită, ci constructivă, chiar la nivelul simţului comun. Psihologia genetică, elaborată de J. PIAGET şi şcoala sa, demonstrează convingător faptul că reprezentările spaţiale cele mai obişnuite sînt rezultatul unor procese complicate de abstractizare şi integrare a unor scheme practice de acţiune, dobîndite în dezvoltarea ontogenetică a subiectului prin nenumărate operaţii de manipulare a obiectelor din jur şi prin coordonarea tot mai eficientă a propriilor mişcări. Demonstrînd că limita principală a filozofiei kantiene rezidă în eludarea problemei genezei reprezentărilor spaţiale (a căror constituire are loc ca efect al integrării practic-adaptative a subiectului în mediul său familiar), psihologia genetică nu neagă întrutotul soluţia aprioristă, ci îi confirmă ştiinţific parţiala îndreptăţire; odată constituit, subiectul epistemic posedă într-adevăr un schematism imanent al reprezentărilor sale spaţiale, în care se ordonează datul empiric; adecvarea acestor reprezentări la realitate încetează a mai fi însă enigmatică, dacă avem în vedere faptul că ele s-au format în interacţiune activă cu realul.

Nu mai puţin dificilă este problema proprietăţilor caracteristice ale spaţiului. În reprezentarea comună, pe care se edifică geometria euclidiană şi mecanica newtoniană, spaţiul este descris ca omogen, izotop, tridimensional şi divizibil. În interpretarea mecanicii relativiste, însă, proprietăţile spaţiale nu mai sînt aceleaşi; dimensiunile corpurilor variază în funcţie de viteza deplasării (fiind, aşadar, dependente de factorul timp, ca „dimensiune" a mişcării), iar spaţiile se configurează pe anumite direcţii „privilegiate", în funcţie de intensitatea cîmpului gravitaţional (gradul de concentrare şi de repartiţie a maselor). Progresele ştiinţelor biologice, psihologice şi sociale au determinat o lărgire a varietăţii determinărilor spaţiale, făcînd din ce în ce mai problematică afirmaţia că aşa-numitul „spaţiu real" (cel cu care se poate acomoda simţul comun) păstrează totuşi caracteristicile euclidiene.

Cea mai dificilă problemă priveşte caracterul finit sau infinit al spaţiului. Conceperea pur cantitativă a acestuia, ca întindere fără margini şi divizibilă la nesfîrşit (în reprezentarea a ceea ce HEGEL numea „infinitul rău"), conduce în mod inevitabil la paradoxuri. Unele dintre celebrele aporii ale eleatului ZENON se bazează tocmai pe absurditatea postulării divizibilităţii infinite şi a discontinuităţii absolute a spaţiului ca pură întindere. KANT demonstrează imposibilitatea de principiu a raţiunii speculative de a soluţiona această problemă, sfîrşind cu necesitate în antinomia care opune, cu argumente la fel de plauzibile, teza că lumea este infinită şi antiteza care enunţă finitudinea spaţiului cosmologic. Teoria relativităţii şi teoriile topologice de dată recentă sugerează ipoteze interesante (dar, deocamdată, doar parţial verificabile experimental), potrivit cărora universul este infinit spaţio-temporal, dar limitat sub aspect spaţial. Progresul cert al cunoaşterii datorat acestor ipoteze constă în sublinierea aspectului calitativ al infinitului spaţial, în strînsă corelaţie cu infinitul temporal şi cu diferitele modalităţi de mişcare din univers.

832. SPĂLARE A CREIERULUI — controverse ● Termen lansat în circulaţie cu diferite accepţiuni, sinonim cu „deprogramere", „coerciţie mintală", „controlul gîndirii", „menticid" („asasinarea spiritului" — MEERLOO, 1972), pus în legătură cu sistemele totalitare şi cu apariţia „noilor religiie" sau „cúlturi". În afara interesului psihosociologic, subiectul suscită discuţii şi pe plan medical (psihiatric) şi juridic, desemnînd controlul exercitat asupra psihicului sau acţionarea coercitivă asupra gîndirii unui subiect. Nu de puţine ori, termenul a constituit şi pretextul unor articole gazetăreşti şi cărţi de „senzaţie", pe diferitele meridiane ale globului.

Fiind o combinaţie între persuasiune, sugestie şi condiţionare a victimei, scopul final fiind ca aceasta să ajungă să creadă în puterea inductorului său ori a sistemului din care face parte acesta, spălarea creierului presupune totdeauna existenţa unei etalări ideologice puternice în care evenimentele, faptele sînt interpretate parţial, în lumina exclusivă a spiritului ideologic dominant, totalitar.



Semnificaţiile termenului sînt mai numeroase decît s-ar putea crede la prima vedere, pleclnd de la prezenţa, într-o oarecare măsură, a persuasiunii în existenţa cotidiană a tuturor (influenţa pe care o au alţii asupra noastră şi noi asupra altora, adevărata „misteriofilie"

care se manifestă faţă de fenomene cum ar fi extratereştrii, farfuriile zburătoare etc.). Apoi, aşa-zisa „manipulare psihică“, prin tot ceea ce a oferit mai bun tehnologia electronică de vîrf, pe primele locuri aflîndu-se, fără îndoială, televiziorul şi calculatorul personal, al căror rol de vulnerabilizare la persuasiune şi manipulare ideologică este din ce în ce mai disputat astăzi de publicişti aparţinînd celor mai diverse formaţii. Se exprimă chiar temerea că într-o astfel de civilizaţie ca societatea tehnologică manipulată de mijloacele tehnice şi valorile statistice ce au înlocuit pe cele morale, mijloacele tehnice pot deveni uşor, ele însele, un scop.

Într-o altă dimensiune, metodele „persuasiunii coercitive“ sînt cunoscute de pe vremea Inchiziţiei papale şi s-au dezvoltat de-a lungul timpului din raţiuni de aplicare a autorităţii asupra individului, în scopul de a-l domina pe plan psihologic. Acest lucru s-a întîmplat în diverse timpuri, mai vechi sau mai noi, pe diverse meridiane, în interiorul unor case de corecţie sau al altor instituţii destinate „modificării valorilor“ ca şi în cadrul sectelor religioase, al ordinelor diverşilor „fraţi“, al elitelor politice sau societăţilor primitive, în vederea convertirii sau iniţierii noilor membri.

Analizînd fenomenul de proliferare a diverselor „cúlturi“ şi „noi religii“, în special în SUA deceniului al nouălea (Hare Krishna, Biserica Unificării Moon), autorii americani J. T. UNGERLEIDER şi D. K. WELLISCH (1980) au întreprins un studiu în care descriu aplicarea acestor tehnici de constrîngere, de „deprogramare“, ce vizează intenţia de desfiinţare a programării organului cerebral, efectul avînd o variabilitate ce depinde de capacitatea de rezistenţă a victimei, de momentul încetării acţiunii de coerciţie etc. Aceşti autori, ca şi alţii dealtfel, evidenţiază rolul favorizant jucat de proceduri ca privarea de somn, supraîncărcarea senzorială („bombardări“ de ţipete), repetarea unor fraze „urlate“ prin care se denigrează cultul respectiv, înfometarea, izolarea persoanei de vechii prieteni, deplasarea sa de la un loc la altul în cursul unei perioade scurte de timp şi acţionarea frecventă a forţei mai ales cînd subiectul încearcă să se sustragă şedinţei de deprogramare.

În legătură cu faptul că persuasiunea poate fi utilizată ca acţiune destinată transmiterii unui sentiment sau a unei gîndiri premeditate altei persoane, în scopul de a-i insufla o convingere, o credinţă, de a exercita o putere asupra sa, MEERLOO atrage atenţia asupra prezenţei acestui fenomen inclusiv în relaţia terapeutică a psihiatrului cu pacientul său, marcată însă de o conştientizare a mutualităţii acesteia din partea primului.

De-a lungul timpului, speculaţiile legate de „omnipotenţa“ psihiatrilor au cunoscut diferite forme, alimentate de progresele realizate pe planul psihofarmacologiei, dar pedalînd mai ales pe efectele secundare sau adverse pe care le pot avea psihotropele, dar care dispar la suprimarea tratamentului. Pînă astăzi nu s-a descoperit vreo substanţă chimică, un medicament capabil să „asasineze spiritul“.

„Spălarea creierului“ reprezintă un „amestec de cinism şi ideologie“ la care nici un medic nu poate accede prin condiţia jurămîntului hipocratic pe care l-a depus şi care îi interzice orice orientare „ideologică“ în actul terapeutic.

833. SPEARMAN Edward (1863–1945) ● Doctor în filozofie şi psiholog englez de renume internaţional, care a introdus metodele statistico-matematice în psihologie, aplicînd analiza factorială la studiul inteligenţei.

Preocupat iniţial de procesele perceptive, direcţie în care a întreprins o serie de cercetări (mai ales privind percepţia vizuală), SPEARMAN se va dedica ulterior studiului inteligenţei, prin analiza statistică a rezultatelor înregistrate la diferitele teste mintale, relevînd existenţa unor corelaţii între variabilele considerate. Astfel, a demonstrat că reuşita subiectului la diferitele probe aplicate depinde pe de o parte de un factor (aptitudinal) general (simbolizat prin litera „G“), care a fost asimilat inteligenţei, iar pe de altă parte de o serie de factori specifici (simbolizaţi prin litera „S“), asimilaţi ulterior aptitudinilor speciale (de tip spaţial, verbal, numeric etc.).

Concluziile cercetărilor sale sînt incluse în numeroase studii şi lucrări publicate, printre care : „Aptitudinile omului“, „Natura inteligenţei“ ş.a. (→ ANALIZĂ FACTORIALĂ).

834. SPECIFIC INFRACŢIONAL (cf. lat. *specificus* „specific“) ● Predispoziţie pentru anumite tipuri de infracţiuni întîlnite uneori în delincvenţa din cadrul unor boli sau stări psihice, constînd în modul caracteristic de săvîrşire a faptei şi de comportament postinfracţional, în aspectul morbid particular al actului delincvent.

Epilepticii comit fapte impulsive, de extremă violenţă, uneori în cadrul unor raptusuri soldate cu omucideri (însoţite sau nu de acte de cruzime).

Deşi noţiunea nu poate fi aplicată bolnavilor psihotici (întrucît aceştia nu acţionează cu discernămînt, deci cu vinovăţie, cînd comit acte antisociale) şi nici beţiei patologice, pot fi menţionate, în context, şi unele aspecte tipologice ale antisocialităţii în unele dintre aceste situaţii clinice. Schizofrenii paranoizi în puseu acut comit uneori omorul patologic (omor absurd, însoţit de ferocitate, cu leziuni multiple cauzatoare de moarte), fără mobil şi fără măsuri de precauţie sau cu motivaţie delirantă, halucinatorie, absurdă, victima fiind întîmplătoare sau din anturajul bolnavului (chiar rudă apropiată). În beţia patologică fapta se caracterizează prin impulsivitate distructivă neobişnuită, în absenţa mobilului şi a măsurilor de prevedere ; alcoolicii comit fapte penale secundar halucinaţiilor, delirurilor de gelozie, degradării etico-morale (furturi, violuri, atentate la pudoare), toxicomanii — secundar nevoii de procurare a drogurilor (furturi), oligofrenii — datorită sugestibilităţii crescute.

Subiecţii cu dizarmonii de personalitate de tip excitabil şi impulsiv comit, la incitaţii minime, acte de huliganism, vătămări corporale ; paranoiacii — acte pasionale, fanatice ; hipertimicii au explozii de mînie cu potenţial conflictual ; astenicii fac denunţuri calomnioase ; istericii sînt teatrali, megalomanii — originali în actele lor.

835. SPECIFICITATE (cf. fr. *spécificité* ; vezi lat. *specificus*) ● Ceea ce este specific unei categorii de obiecte, înţelegînd prin specific o calitate proprie în exclusivitate acelei categorii ; specificitatea se referă la însuşiri particulare care delimitează obiectul sau categoria obiectuală de alt obiect sau alte categorii. Termenul este utilizat în diferite domenii ştiinţifice cu semnificaţii diferenţiate :

● În matematică — proporţia varianţei unei mărimi variabile în funcţie de factorii determinanţi ai acesteia.

● În teoria informaţiei — gradul de varianţă al informaţiei în ceea ce priveşte mesajul conţinut, o informaţie fiind cu atît mai specifică cu cît entropia este mai scăzută.

● În fiziologie — ansamblul caracterelor care alcătuiesc modul de funcţionare a unui anumit analizator (sistemul luminos, acustic, dureros, tactil etc., acţionînd asupra unui receptor determinat şi adecvat — ochi, ureche, căi de transmitere).

● În psihofarmacologie — o anumită specificitate a receptorilor pentru psihotrope (antidepresive, benzodiazepine, morfină), care conferă particularităţi individuale pacienţilor aflaţi în tratament şi deci, un răspuns diferenţiat. Aceasta implică necesitatea adaptării permanente şi dinamice a dozelor de psihotrope (în special neuroleptice şi timoleptice) în cazul fiecărui bolnav în parte.

Tehnicile moderne de dozare a medicamentelor, respectiv a concentraţiei lor plasmatice, constituie astăzi un instrument preţios de obiectivare, care completează arta clinicianului psihiatru.

● În psihopatologie, specificitatea trimite la particularităţile proceselor morbide, care individualizează aceste procese. De exemplu, specificitatea procesului psihotic constă în faptul că el afectează esenţial simţul realului ; specificitatea procesului cerebral organic constă în fenomenele de deteriorare mintală, de pierdere ireversibilă a eficienţei funcţiilor cognitive.

În psihosomatică — este utilizat termenul de specificitate de simptom, care nu provine din particularitatea conflictului sau a agresiunii, ci rezidă în posibilităţile reacţionale ale bolnavului, în predispoziţia sa. Astfel, după KLOTZ, afecţiunea psihosomatică poate apărea la unul şi acelaşi individ la şocuri afective diferite sau, din contră, poate fi diferită la mai mulţi indivizi supuşi unor şocuri afective identice.

S-a încercat şi descrierea unor profiluri psihologice cu specificitate pentru anumite boli (personalitatea ulcerosului, diabeticului, hipertiroidianului etc.), care se caracterizează însă, după cum observă G. IONESCU, printr-o oarecare similitudine : imaturitate psihologică, un anumit grad de dependenţă, nevoie de afecţiune, inaptitudine pentru relaţii armonioase cu lumea etc., avînd în comun starea de angoasă şi agresivitatea reprimată, orientată spre sine. Aceste observaţii pun sub semnul întrebării teoria specificităţii nosologice a profilului psihologic, fapt confirmat şi de numeroasele cercetări clinice ale somaticienilor.

O concepţie mai conciliantă admite totuşi că specificitatea profilului psihosomatic poate fi interferată de tipul constituţional şi temperamental, însă deocamdată lipsesc argumentări ştiinţifice în susţinerea acestor interferenţe.

836. SPECTACULAR — complex (cf. fr. *spectaculaire* : vezi lat. *spectaculum*) ● Comportament definit de Ch. BAUDOUIN prin următoarele atitudini caracteristice : plăcerea de a vedea şi de a fi văzut, cochetărie, manifestări cu coloratură sexuală, tentativă de sublimare într-un spectacol teatral, în public.

Complexul spectacular conţine, îndeosebi, două categorii de tendinţe : tendinţele de a se arăta şi tendinţele de a se ascunde. Timiditatea, tracul sînt trăsături care pot deriva din complexul spectacular ; pudoarea excesivă, sentimentul exagerat de jenă, susceptibilitatea exagerată sînt, frecvent, urmare a represiunii tendinţei primare de a se arăta. Curiozitatea (ca nevoie de a afla, de a şti) reprezintă o prelungire a tendinţei de a vedea ; interdicţia curiozităţii primare (manifestată de copii pentru sexul propriu şi sexul diferit

de cel propriu, pentru misterul naşterii) produce culpabilitate, blochează sau transferă această curiozitate asupra altor obiecte. Minciuna, dorinţa/plăcerea de a se deghiza derivă de asemenea din acest complex. În perversiuni, cuplul de tendinţe a vedea/a se arăta se accentuează, devenind cuplul voaierism-exhibiţionism.

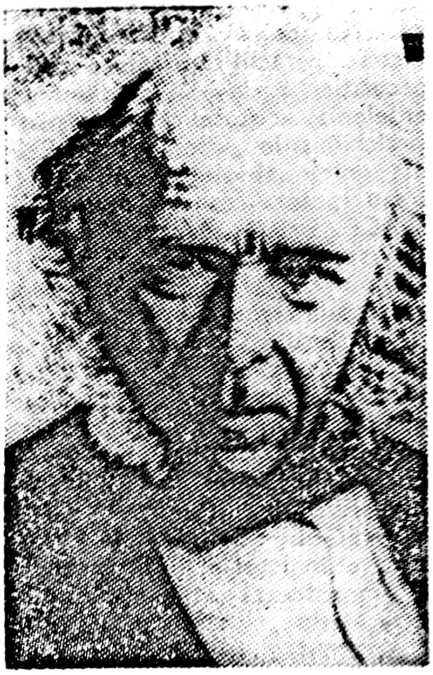
837. SPECTROFOBIE$^{(F)}$ (cf. lat. *spectrum* „fantomă" ; gr. *phobos* „frică) — sin. EIZOTROFOBIE$^{(F)}$ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CATOPTROFOBIE$^{(F)}$.

838. SPECULATIVĂ — gindire (cf. fr. *spéculatif* ; vezi lat. *speculari* „a observa") ● Modalitate a gindirii care încearcă cunoaşterea esenţelor numai pe baze teoretice, prin propria ei logică, ignorind sau chiar sfidind experienţa. Prin suspendarea ipotezelor empirice, gindirea speculativă procedează prin excelenţă deductiv, căutind să explice fenomenele ca reprezentind consecinţe logice particulare, derivate din principii universale, intemeiate pur raţional. Desprinderea de experienţă expune intotdeauna demersurile speculative riscului de a se rătăci in hăţişurile unor probleme false sau insolubile, substituind conexiunile reale prin relaţii fictive, irelevante sau pur şi simplu false din perspectiva cunoaşterii pozitive ; in formele ei caricaturale, gindirea speculativă decade in vorbărie pedantă, in care abundă sofismele şi postulatele fanteziste. Îngroşind cu ironică suficienţă excesele gindirii speculative, empirismul neagă valoarea oricărei forme de speculaţie, ignorind faptul că depăşirea limitelor experienţei constituie o nevoie lăuntrică a spiritului şi o necesitate a cunoaşterii, pe care filozofia se străduie să o împlinească asumîndu-şi riscurile unor aventuri raţionale ; cultura se alege din toate acestea cu admirabile construcţii conceptuale, in care se edifică chintesenţa spirituală a unei societăţi, a unei epoci. Întrucit transgresează limitele experienţei (cu oricite precauţii şi „frine" antimetafizice), filozofia nu poate fi altfel decit speculativă, odată ce obiectul său, totalitatea Fiinţei, trebuie construit in gindire, deoarece nu poate fi realizat prin intuiţie empirică. Nu numai „Unul eleat", ci şi contradicţia heraclitică este un produs al „speculaţiei" ; la fel ideile platoniciene, entelehia aristotelică sau piatra filozofală a alchimiştilor, atomii lui DEMOCRIT, substanţa unică „absolut infinită" a lui SPINOZA sau ipoteza cosmogonică a lui KANT şi LAPLACE. Există, aşadar, un sens pozitiv al gindirii speculative, in care aceasta se infăţişează ca un registru distinct al spiritului, cu propriile sale rigori şi virtuţi ; sterilă atunci cind vrea să se substituie experienţei, pronunţindu-se asupra unor probleme pe care aceasta le poate soluţiona mai bine cu mijloacele sale, speculaţia constituie unica modalitate prin care conştiinţa izbuteşte să tatoneze problemele universului infinit. Marile creaţii teoretice ale filozofilor clasici germani — KANT, FICHTE, HEGEL, SCHELLING ş.a. — rămin semnificative in istoria gindirii filozofice, intrucit demonstrează atit slăbiciunile exceselor speculative, cit şi valoarea cognitivă proprie a demersului filozofic, de nesubstituit prin alte modalităţi de cunoaştere.

Versantul psihopatologic al gindirii speculative este reprezentat de construcţiile delirante avind un grad mai mare sau mai mic de sistematizare, cu un conţinut metafizic aberant şi ridicol, parcurgind domeniul micro- şi macrocosmosului sub aspectele cele mai variate şi neaşteptate. Astfel, delirurile paranoiace şi paranoide reprezintă o culme patologică a modului speculativ de a raţiona, in care realitatea, experienţa practică sint complet ignorate, lăsind loc ideilor de grandoare, invenţie, mistico-religioase, cosmogonice etc., ruminaţiilor filozofice sterile şi fără valoare.

Un acelaşi sens negativ, spre care alunecă gindirea speculativă, este constituit de fenomenele obsesivo-fobice faţă de care, spre deosebire de situaţia precedentă, bolnavul are, însă, o atitudine de luptă, de împotrivire, este adevărat fără succes. Speculaţiile sale ii provoacă o mare suferinţă ; in loc să-l bucure, il aruncă in viltoarea unei anxietăţi care deseori il rupe de activitatea socială (nevrozele obsesivo-fobice, psihasteniile grave).

839. SPENCER Herbert (1820—1903) ● Filozof, sociolog şi psiholog englez, unul dintre întemeietorii pozitivismului. În concepţia lui, fiinţa nu poate decit să descrie şi să sistematizeze datele senzoriale, esenţa lucrurilor fiind incognoscibilă. SPENCER a creat termenul de „evoluţionism", aducînd o contribuţie importantă la afirmarea şi generalizarea concepţiei evoluţioniste, pe care a aplicat-o şi în psihologie şi sociologie, concepînd însă evoluţia mecanicist. A fost şi unul din întemeietorii organicismului, teorie socială reducţionistă. Opera sa principală este „Sistem de filozofie sintetică".


Herbert Spencer

840. **SPESICOR$^{(M)}$** Finlanda — DCI ***Metoprolol*** ● **Betablocant de tip (±)-1-isopropilamino)-3-/p-(2-metoxietil)fenoxi/— 2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.**

841. **SPIELMEYER-STOCK$^{(B)}$ boală** — sin. BATTEN-MAYOU$^{(B)}$ boală ; OATMAN$^{(B)}$ boală ; STOCK-SPIELMEYER-VOGT$^{(B)}$ boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BATTEN-SPIELMEYER-VOGT$^{(B)}$ boală.

842. **SPINA BIFIDA** (lat.) — sin. RAHISCHIZIS ● Malformaţie congenitală a coloanei vertebrale şi a măduvei spinării (determinată multifactorial), constînd în bifiditatea şi fisura apofizelor spinoase vertebrale prin care pot uneori hernia învelişurile măduvei (meningocel) sau ţesutul nervos (mielomeningocel). Cea mai frecventă localizare este cea lombosacrată.

Mecanismul de producere constă în oprirea în dezvoltare a arcurilor vertebrale.

Frecvenţa în populaţia generală este de 0,2% ; riscul genetic este de 2% pentru rudele de gradul întîi ; dacă doi membri ai familiei sînt afectaţi, riscul creşte la 12,5% (CARTER, 1971). De obicei, malformaţia rămîne necunoscută, fără răsunet clinic, fiind identificată întîmplător, la examenul radiologic (spina bifida ocultă). Există însă situaţii clinice în care la nivelul coloanei vertebrale se depistează o formaţiune tumorală (meningocelul), care se asociază cu manifestări neurologice exprimate prin modificarea reflexelor, diminuarea sensibilităţii, paralizii flasce, tulburări vasomotorii şi trofice ale extremităţilor. Cînd în dehiscenţă este antrenată şi măduva, apar tulburări vezicale şi intestinale sau infecţii ascendente. În „status dysraphicus" (formă clinică gravă), se asociază şi alte malformaţii congenitale (buză de iepure, torace în pîlnie). Formele oculte, care pot avea şi ele manifestări neurologice, dintre care enurezisul este cel mai frecvent, nu necesită tratament chirurgical ; în schimb, cele cu dehiscenţă gravă, chiar fără tulburări neurologice, impun intervenţia neurochirurgicală.

843. **SPINOZA Baruch** (latinizat, Benedict) (1632—1677) ● **Filozof raţionalist olandez, născut în Amsterdam. Oglindind dezvoltarea ştiinţelor naturii din secolul al XVII-lea, filozofia sa a contribuit la fundamentarea filozofică**

Spinoza

materialistă a acestora. În centrul gindirii sale se află noțiunea „substanței unice", „absolut infinite" numită Dumnezeu sau natură.

SPINOZA consideră că substanța prezintă o infinitate de atribute (insușiri esențiale) și moduri (manifestări individuale, fenomenale). Din numărul infinit de atribute, două sint concepute ca fundamentale : intinderea și gindirea. Lucrurile singulare, printre care și oamenii, sint moduri, deci manifestări ale substanței. Concepția sa este metafizică, deoarece nu a înțeles mișcarea ca atribut al substanței, ci numai ca mod al acesteia. Deși SPINOZA a numit substanța Dumnezeu, el l-a identificat pe acesta cu natura, golind noțiunea de „Dumnezeu" de orice conținut mistic.

SPINOZA consideră cunoașterea rațională ca fiind superioară față de cea senzorială și singura adecvată. Prin puterea rațiunii, ne putem elibera de „sclavia afectelor", putem atinge fericirea supremă, sentimentul comunicării cu natura și cu eternitatea („iubirea intelectuală a lui Dumnezeu"). În teoria cunoașterii, SPINOZA va continua raționamentul lui DESCARTES. El a criticat finalismul și a apărat determinismul, a delimitat religia de filozofie și de știință, afirmind că „Biblia" nu conține nici un fel de adevăruri teoretice, ci numai invățături morale pentru cei care nu sint capabili să se conducă după rațiune. SPINOZA definește libertatea, ca înțelegere a necesității ; suprema fericire a omului rezultă din ridicarea lui pe cea mai înaltă treaptă a libertății (a înțelegerii).

A aderat la teoria „contractului social", dar, spre deosebire de HORBES, s-a pronunțat pentru o formă democratică de guvernare. Filozofia sa despre substanță i-a influențat pe iluminiștii francezi din secolul al XVIII-lea, pe LESSING și pe GOETHE.

Principalele sale lucrări sint : „Etica demonstrată in mod geometric" (1675) și „Tratamentul teologico-politic" (1670).

844. SPIRIT (cf. lat. *spiritus* „suflu, respirație, spirit") ● Factor ideal al existenței, opus materiei. În limbajul comun, este sinonim cu rațiunea, inteligența, gindirea, conștiința — iar in expresia „om de spirit" semnifică vioiciunea gindirii, spontan exprimată într-o conversație cuceritoare, in care abundă replicile prompte, originalitatea expresiei și umorul ales.

● În sens religios și teologic, spiritul denotă o entitate imaterială, absolută și transcendentă — divinitatea creatoare a lumii naturale și a omului. În religiile primitive și în cele politeiste se admite o pluralitate de asemenea entități spirituale, in vreme ce monoteismul tinde a le contopi in ființa perfectă a unui Dumnezeu singular, ca spirit universal, întruchipat in ipostaze deosebite, dar unitare in esență. De regulă, in credințele religioase spiritul este conceput antropomorfic, fiind inzestrat cu atribute superlative ale psihicului omenesc.

● În filozofie, spiritul este o categorie fundamentală, diferit înțeleasă de fiecare dintre marile orientări ale gindirii filozofice. Idealismul subiectiv identifică, de obicei, spiritul cu ansamblul facultăților cognitive ale subiectului individual. Idealismul obiectiv separă spiritul de suflet (in limba germană, dichotomia dintre „Geist" și „Seele"), inălțind spiritul la rangul ontologic de temei ideal, transcendent și impersonal (sau supraindividual) al existenței, alcătuind un „strat" autonom al Ființei, incoruptibil in relațiile sale cu lumea sensibilă și conștiința umană. În filozofia hegeliană, spiritul reprezintă cea de a treia și ultima treaptă in dezvoltarea dialectică a ideii absolute, ajunsă in și prin istoria culturii și civilizației la cunoașterea de sine. Filozofia materialistă privește spiritul ca însușire definitorie a omului și, odată cu acesta, ca produs și proprietate a materiei. Mai rar utilizat, datorită indelungatei sale asocieri cu semnificațiile teologice și idealist-obiective, in limbajul actual al acestei filozofii „spiritul" este substituibil, cel mai adesea, prin termenul „conștiință" — socială sau individuală.

845. SPIRIT DE ASENTIMENT — sin. **APROBATIVITATE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MONNEROT-DUMAINE(8) sindrom.**

846. SPIRITISM (cf. fr. *spiritisme* : vezi lat. *spiritus*) ● **Credință în existența independentă de corp a spiritelor celor care au murit, spirite care ar avea o întruchipare materială și care pot comunica cu cei vii cu ajutorul unui intermediar (medium).**

Cercetarea științifică a demonstrat în mod convingător imposibilitatea existenței separate a spiritului, detașarea acestuia de baza sa materială.

În realitate, ceea ce se petrece în timpul „comunicării" se explică prin apariția la individul care urmează să intre în „contact" cu spiritul, a unei stări premergătoare de așteptare, caracterizată printr-un nivel scăzut al pragului de excitabilitate psihofiziologică.

Intensitatea cu care este trăită această stare de așteptare, deformarea unor senzații și imagini, pot să dea impresia halucinantă a existenței spiritului celui invocat. Un alt element care favorizează apariția stării de așteptare este convingerea în „darurile excepționale“ cu care este înzestrat mediumul care „cheamă“ spiritul.

Persoane „înzestrate“ cu darul de a „chema“ spiritele celor morți au existat în toate epocile și civilizațiile, ele aparținînd mai mult șarlataniei decît psihopatologiei. Desigur că ele posedă o „înzestrare“, aceasta constînd însă într-o putere de convingere deosebită și în capacitatea inteligentă de a-și alege atît „mediumul“ cît și spectatorii.

Mediumul poate aparține aceleiași categorii ca și „maestrul“ său, dar poate fi și o persoană inocentă cu un grad mare de sugestibilitate, cel mai frecvent un dizarmonic de tip isteric. Adepții „ședințelor de spiritism“ aparțin adesea unor medii subculturale, încorsetate în misticism și ignoranță.

847. SPIRITUALISM (cf. fr. *spiritualisme*; vezi lat. *spiritus*) ● Concepție filozofică opusă materialismului, potrivit căreia spiritul este autonom față de materie, avînd prioritate ontică în raport cu existența sensibilă, pe care o întemeiază și în care se regăsește în ipostaze alterate, perisabile și imperfecte. Din tradiția idealismului obiectiv (PLATON, LEIBNIZ, HEGEL), se desprind în secolul al XX-lea variante contemporane ale filozofiei spiritualiste: personalismul, neoatomismul, „fenomenologia naturii“ (TEILHARD de CHARDIN), neospiritismul francez (J. LACHELIER, F. RAVAISSON, E. BOUTROUX, H. BERGSON) etc.

848. **SPIROPERIDOL**$^{(M)}$ Belgia
SPIROPITAN$^{(M)}$ Japonia
— DCI *Spiperonă* ● Neuroleptice, derivați butirofenonici de tip 8-/3-(p-fluorobenzoil)propil/-1-fenil-1,3,8-triazaspiro/4,5/decan-4-onă, cu acțiune net superioară HALOPERIDOLULUI.

849. SPITAL DE PSIHIATRIE (cf. lat. *hospitalis*) ● Unitate spitalicească în care sînt internate persoane afectate de tulburări psihice.

Ideea fatalistă a evoluției bolii psihice, credința în incurabilitatea ei, caracterul „misterios al bolii“, unele acte imprevizibile ale bolnavului au creat o impresie greșită: orice bolnav mintal este o ființă periculoasă, un răufăcător; deci bolnavii psihic trebuie izolați, ca și răufăcătorii, în scopul apărării semenilor lor aflați în pericol. Multă vreme soarta bolnavilor mintal a fost izolarea, îndepărtarea din mediul social, cu toate consecințele ce au decurs din acest „mod simplu“ de a găsi o soluție.

În ultimele decenii, psihiatria și instituțiile ei au cunoscut o remarcabilă și continuă dezvoltare, ocupînd în societate un loc mai adecvat decît cel anterior. Alături de a „trata“ a apărut noțiunea de a „preveni“, alături de „a apăra pe alții“ a apărut „a nu dăuna nimănui“. S-a trecut încet, dar sigur și ireversibil, de la „boala individului“ la „sănătatea colectivității“, de la bolnavul internat, la omul recuperat, de la caracterul clinic la cel social, de la izolare, la reintegrare — ceea ce a permis conceperea psihiatriei moderne drept un complex de activități exercitate pe baze științifice și umane pentru protejarea, menținerea și recuperarea stării de sănătate mintală. Aceste transformări au condus la modificări și sub raport instituțional. Dacă în urmă cu 50 de ani în țara noastră exista un singur tip de unitate (spitalul), astăzi, prevenirea și combaterea bolilor psihice se realizează prin numeroase tipuri de unități:

- ● Unități de spitalizare totală:
  - ● spitalul de psihiatrie;
  - ● secția de psihiatrie din spitalul general;
  - ● spitale sau secții de postcură.
- ● Unități de spitalizare parțială (semiambulatorii):
  - ● spitalul de zi;
  - ● alte unități.
- ● Unități ambulatorii:
  - ● laboratorul de sănătate mintală;
  - ● cabinetul psihiatric al dispensarului policlinic;
  - ● dispensarul de medicină generală.
- ● Unități complexe multifuncționale:
  - ● centrul de sănătate mintală.

Spitalul de psihiatrie, cea mai veche formă de asistenţă psihiatrică, a reprezentat mult timp, ca şi în alte specialităţi medicale, singura formă de asistenţă medicală, atît datorită modului de a privi boala şi vindecarea în general, cît şi datorită slabelor resurse terapeutice, care necesitau internări numeroase şi de lungă durată. Dezvoltarea lui aparte — ca unitate specializată — a fost generată de caracterul particular al bolii psihice şi de opinia colectivităţii asupra bolnavului psihic.

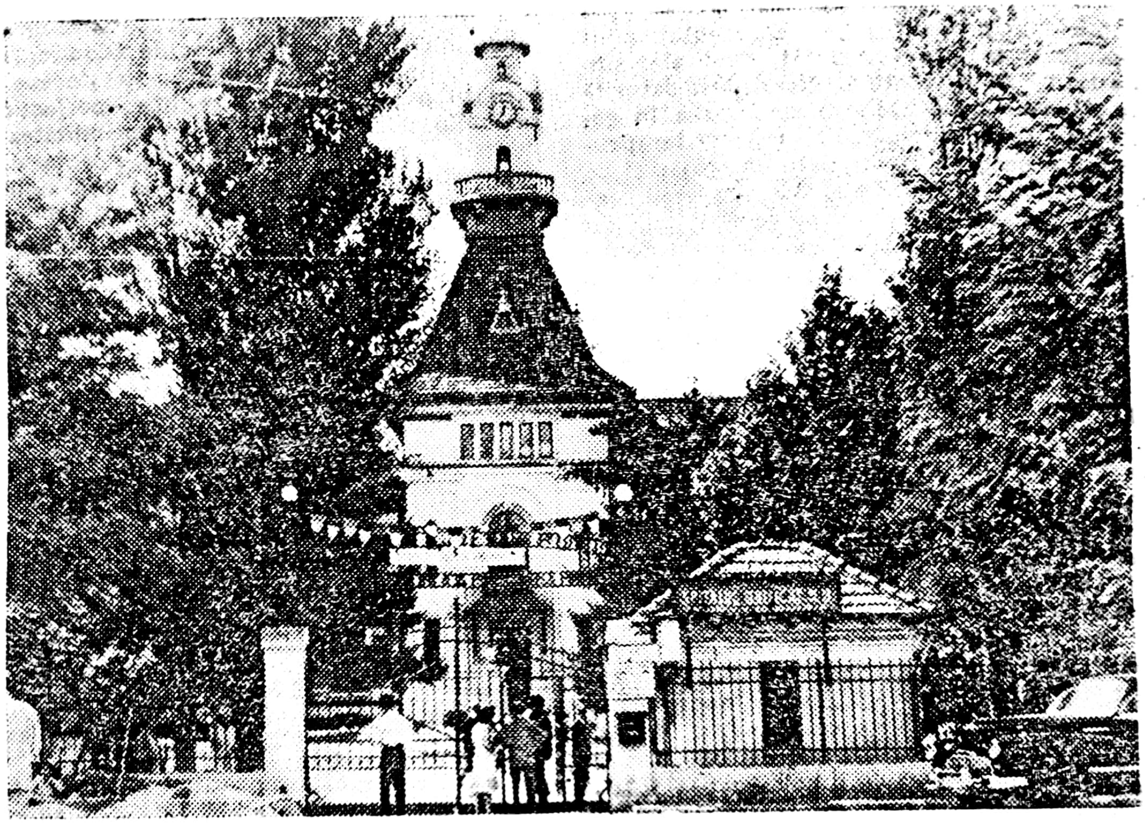
În spitalul psihiatric, tratamentul clinic şi responsabilitatea administrativă revine mai ales sau exclusiv psihiatrilor, conform definiţiei pe care „Vocabularul de Sănătate Publică al Biroului European OMS“ o dă pentru acest tip de unitate medicală, care a constituit unul dintre cele mai disputate subiecte ale comunităţii medicilor (şi nu numai a lor) din ultimele trei decenii. Disputele au fost declanşate de situaţia produsă după anii 1952—1953, cînd, datorită (printre altele) apariţiei unor substanţe chimioterapice cu un efect deosebit de activ, numărul internărilor în spitale a început să scadă. Fenomenul a fost la început izolat, fiind mai frapant în SUA, unde în 1950 erau internaţi în spitalele de psihiatrie 560 000 de bolnavi, în 1965 — 475 000 de bolnavi ; în Anglia, numărul bolnavilor spitalizaţi a scăzut de la 152 000 în 1954 la 120 000 în 1968 ; treptat, el s-a extins în majoritatea ţărilor, inclusiv la noi.

Această scădere a numărului internărilor s-a produs, paradoxal, în condiţiile în care atît incidenţa, cît şi prevalenţa bolilor psihice nu s-au redus. Cauzele acestei situaţii ţin de spital în general, avînd însă aspecte particulare în ceea ce priveşte spitalul de psihiatrie. Tendinţa este generală în ansamblul medicinii, morbiditatea scăzînd paralel cu numărul internărilor în aproape toate specialităţile. Ponderea bolnavilor trataţi în spitale de toate profilele este de 4—5%, restul fiind rezolvaţi de asistenţa ambulatorie pentru toate specialităţile şi în toată lumea. Excepţie fac specialităţile de vîrf, de mare fineţe, care se pot practica numai în condiţii de spital, ceea ce a condus la ideea eronată că actele de înaltă profesionalitate nu se pot efectua decît în spital. Medicina însă, în ansamblul ei, nu este rezultanta unor acte de excepţie, ci, în mai mare măsură, o suită de acte modeste, dar numeroase.

Migrarea solicitărilor către ambulator nu s-a realizat prin măsuri luate de societate datorită costului mai redus al actului medical, ci se datorește unor motive „foarte medicale şi mai puţin economice“ : apariţia de noi medicamente eficiente în bolile cronice şi în tratamentele de întreţinere, creşterea eficacităţii procedeelor terapeutice, perfecţionarea mijloacelor de investigaţie, posibilitatea urmăririi şi recuperării mai bune a bolnavilor, schimbarea opticii populaţiei asupra bolii şi cronicităţii ei, incapacitatea spitalului de a rezolva toate problemele teritoriului, dintre care „medicina omului sănătos şi prevenirea bolii reprezintă principalul handicap“, imposibilitatea spitalizării tuturor cazurilor. Nici un stat, oricît de bogat ar fi, nu-şi poate permite să aibă cîte un pat pregătit pentru fiecare cetăţean al său care s-ar putea îmbolnăvi. Toate aceste aspecte nu presupun însă desfiinţarea spitalelor — idee la fel de greşită ca şi aceea că numai spitalul poate asigura toate necesităţile medicale ale populaţiei. Numărul paturilor goale şi cifra redusă de bolnavi din spitale sînt expresia eficienţei medicinii preventive şi a terapiei în ambulator, deci un omagiu adus medicilor din teritoriu.

Alături de aceste tendinţe generale, spitalul psihiatric îşi pierde treptat din funcţii şi importanţă, din cauze intrinseci, printre care, pentru spitalul românesc de psihiatrie, pot fi enumerate :

- dimensiunea, motivată cu decenii în urmă, care în prezent este nejustificată ;
- structura pe afecţiuni a bolnavilor internaţi, care nu mai corespunde actualelor posibilităţi terapeutice (o bună parte din bolnavi putînd beneficia de tratament în alte tipuri de unităţi) ; în acelaşi timp, nu s-a făcut încă suficient pentru necesităţile terapiei intensive ;
- lipsa prestaţiilor medicale diferenţiate, conform vîrstei şi grupelor nosologice ;
- prin internare, bolnavul este rupt de mediul socio-profesional pe o durată lungă de timp ; într-o lume închisă, cu aport senzorial şi intelectual redus, el cade în pasivitate, apatie şi corolarul acestora — fuga în imaginar, delirul, comportamentul antisocial — care conferă aspectele caracteristice tabloului cronicităţii ;
- populaţia acceptă cu greu condiţii inferioare nivelului de trai din viaţa de toate zilele ;
- reţeaua ambulatorie se dezvoltă permanent, accesibilitatea şi adresabilitatea s-au îmbunătăţit considerabil ;
- este imposibilă rezolvarea tuturor cazurilor prin spitalizare ;
- spitalul este un mare consumator de cadre şi fonduri, dar randamentul său este în scădere ;



Spitalul Ghe. Marinescu - București

- persistă încă în opinia populației un „semn de egalitate" : internarea într-un spital psihiatric = stigmat.

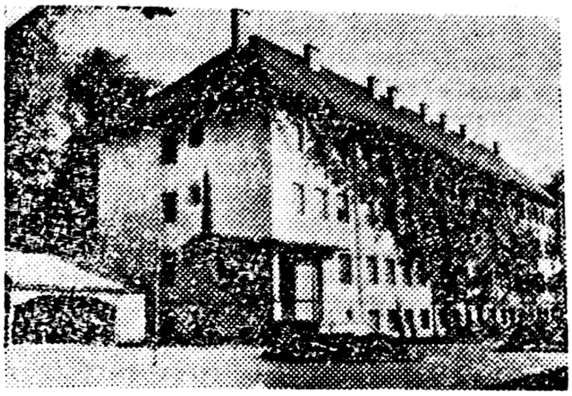
Toate acestea nu presupun dispariția spitalului ci, dimpotrivă, adaptarea lui la o nouă cale de dezvoltare, apropiată de necesitățile reale, de patologia actuală și de posibilitățile oferite de noile mijloace terapeutice. Problema spitalului psihiatric, ca și a noilor căi în psihiatrie, este una dintre preocupările OMS, sintetizate sub denumirea „cele trei orientări de la Mannheim" :

- Abandonarea spitalelor secolului al XIX-lea (chiar dacă ele au fost construite în secolul al XX-lea), respectiv a tipului de servicii asigurate de aceste spitale. Criticile cele mai vehemente au fost îndreptate împotriva dimensiunilor acestor spitale, nejustificat de mari în raport cu numărul de internări, cu atît mai mult cu cît azi există numeroase soluții înlocuitoare. Marile spitale încep să capete eticheta puțin dorită de „antiterapeutic", datorită dimensiunilor, izolării de populația arondată, atitudinii personalului, reținerii îndelungate a bolnavului în spital. Cale de dezvoltare anacronică, lărgirea asistenței spitalicești trebuie și poate fi stopată din motive printre care — și nu pe ultimul loc — se află eficiența. Tendința de dezvoltare a serviciilor psihiatrice tradiționale a rămas caracteristică țărilor cu dezvoltare economică mai slabă și dispunînd de o rețea psihiatrică de mică amploare, în timp ce în toate statele dezvoltate apare tendința de a se reduce numărul de paturi, cu extinderea asistenței extraspitalicești. Această orientare confirmă ideea că boala mintală este o boală și nu un stigmat, bolnavul psihic este un bolnav ca oricare altul, care are nevoie de îngrijiri pe plan fizic, psihic și social, vizînd restabilirea sa și nu numai întreruperea procesului morbid. Acestui deziderat nu îi poate răspunde integral spitalul psihiatric, sarcinile acestea fiind preluate de unitățile extraspitalicești.

- Prestarea de îngrijiri extraspitalicești sub forme cît mai diverse. Psihiatria a evoluat, în ultimele decenii, spre extinderea cîmpului de acțiune, dublată de permanenta diversificare a metodelor terapeutice și de deplasare a mijloacelor de vindecare din spital către mediul în care se derulează viața normală a pacientului : comunitate, legături profesionale, familie — deci mediul extraspitalicesc. Se evită nu numai segregarea şi excluderea pacientului, ci, în majoritatea cazurilor, devine posibilă şi utilizarea resurselor familiei. Pacientul poate astfel să-şi regăsească eficienţa anterioară sau, dacă este posibil, să ajungă la un anume grad de autonomie, deci de libertate. Această orientare accentuează o realitate deja instaurată, formele de asistenţă medicală psihiatrică extraspitalicească fiind încă de pe acum foarte vaste.

- Diferenţierea îngrijirilor medicale în funcţie de vîrstă şi de grupe nosologice. Datorită acestei orientări, psihiatria se alătură altor specialităţi medicale în ceea ce priveşte terapia individualizată, cu atît mai mult cu cît în acest domeniu se aplică în modul cel mai evident principiul luării în consideraţie a bolnavilor şi nu a bolilor. Există, astfel, sisteme adecvate fiecărei categorii de afecţiuni, fiind eliminat sistemul unic inflexibil. Monopolul terapeutico-teoretic (clinicismul) şi cel administrativ au reprezentat unul dintre motivele desprinderii spitalului psihiatric de realitate. Deşi există încă şi vor mai exista bolnavi pentru spital, structura morbidităţii spitaliceşti s-a modificat considerabil, de remarcat fiind faptul că tipurile de pacienţi îngrijiţi în spitalele psihiatrice sînt sensibil aceleaşi în toate ţările. În general, a crescut ponderea populaţiei vîrstnice (peste 65 de ani), a cazuisticii cronice, prin internările cu afecţiuni cu evoluţie progredientă, nefavorabilă, care necesită asistenţă medicală prelungită. În Anglia, peste 50% din paturi sînt ocupate de pacienţii cronici, iar în Germania, aceştia ocupă 46% din paturi. Concomitent, ponderea patologiei acute s-a restrîns, găsindu-şi rezolvarea în secţiile de psihiatrie ale spitalelor generale şi în serviciile semiambulatorii, spitalul rămînînd însă singura unitate capabilă de a realiza terapia intensivă în psihiatrie. Pentru bolnavul agitat şi confuz, spitalul rămîne de neînlocuit în ceea ce priveşte posibilitatea de supraveghere, păstrîndu-şi această caracteristică şi pentru unii bolnavi cronici. Depistarea şi instituirea tratamentului precoce al bolilor psihice reduc mult gravitatea medicală şi socială a cazurilor, scurtînd semnificativ durata internării.

Problema modernizării spitalului de psihiatrie nu este o necesitate de etapă, ci o necesitate vitală, dezavantajele şi defectele pe care astfel de unităţi le mai au ţinînd de concepţia, de uzura morală a acestui tip de unitate, de inflexibilitatea lui şi de dificultatea de integrare în sisteme mai complexe, şi nu atît de personalul care acordă asistenţă medicală. Spitalul, prin „zidurile" sale, şi-a făcut mulţi duşmani care au extrapolat defectele şi limitele unui sistem terapeutic la întreaga psihiatrie. De fapt, este mult criticată nu psihiatria în sine, ci „psihiatrizarea bolnavului", dubla lui alienare prin boală şi izolare, încarcerarea acestuia, care rupe punţile de legătură cu comunitatea, după vechiul sistem al „corăbiei nebunilor".



Clinica de psihiatrie — Tg. Mureş

Trebuind să învingă diverse tipuri de bariere — obstacolele financiare, conservatorism profesional, rezistenţa marelui public, rigiditatea birocratică — spitalul trebuie să se adapteze nevoilor actuale prin următoarele coordonate :

- reducerea duratei de spitalizare în cazurile acute, cu orientarea cît mai rapidă a pacienţilor către alte forme de asistenţă ;
- selecţionarea pentru internare a bolnavilor dificil de tratat, care necesită supraveghere şi asistenţă prelungită ;
- asigurarea şi dezvoltarea unor servicii de readaptare, prin ateliere protejate ;
- limitarea dimensiunilor, cu schimbarea profilului şi polarizarea eforturilor spre terapia intensivă ;
- legături mobile şi flexibile cu toate compartimentele serviciului psihiatric ;
- umanizare pe multiple planuri — de la ambianţă pînă la relaţiile interumane intra- şi extraspitaliceşti ;
- recîştigarea prestigiului spitalului de psihiatrie cu relansarea lui către public sub o formă nouă.

Autori autohtoni de prestigiu afirmă cu deosebită competenţă că internarea în spitalul de psihiatrie are menirea :

- de a separa bolnavul de mediul său obişnuit, în interiorul căruia nu se poate menține, atit din cauza propriilor sale reacții neadaptate (refuz de a se hrăni, idei de suicid, reacții agresive), cit și din cauza reacțiilor inadecvate ale mediului față de el ;

- de a-l proteja pe bolnav impotriva inaptitudinii sale de a-și asuma legal drepturile civile (incapacitate civilă) ;
- de a aplica bolnavului toate ingrijirile terapeutice pe care le impune starea sa psihofizică ;
- de a asigura din punct de vedere financiar tratamentul specific.

În prezent, internarea a devenit mai mult o măsură de asistență și de ingrijire intensivă, decit o măsură de izolare a bolnavului psihic (H. EY).

Spitalul de psihiatrie își menține încă rolul principal, deoarece spitalizarea parțială nu este suficientă pentru aplicarea tratamentului in toate cazurile. Se apreciază in viitor că spitalul de psihiatrie cu spitalizare totală va avea dimensiuni mai reduse, dar va fi situat cit mai aproape de colectivitatea pe care trebuie să o servească, va fi un centru tranzitoriu de tratament, pe care bolnavul il va părăsi imediat ce starea sa va permite continuarea readaptării in serviciile semiambulatorii și ambulatorii. Spitalul de psihiatrie a constituit mult timp principalul tip de instituții de asistență psihiatrică. În prezent, acest loc tinde să fie ocupat de instituțiile extraspitalicești. Asistența spitalicească va continua totuși să dețină și in viitor o importanță deosebită, ca centru de cercetare, invățămint și asistență intensivă (V. ANGHELUȚĂ, Șt. NICA-UDANGIU, Lidia NICA-UDANGIU).

Considerăm că odată acceptată această viziune (a cărei principală calitate este faptul că ține seama de trecut, prezent și viitor), s-ar reuși în mare măsură să se rezolve numeroasele dispute existente azi.

850. **SPITAL DE NOAPTE** ● Formă de spitalizare aparținind „spitalizării parțiale", în care pacienții, după ce își desfășoară activitatea obișnuită din timpul zilei, se reintorc la spital, seara, pentru a-și primi tratamentul. Numeroase servicii de terapie care utilizează acest tip de internare au constatat beneficiul adus de spitalizarea nocturnă, prin acordarea acestei perioade de tranziție intre internarea propriu-zisă și reintegrarea pacientului in comunitate. Spitalizarea nocturnă permite o reintegrare progresivă, în cadrul căreia pacientul, în mod gradat își recapătă parțial responsabilitățile zilnice, „reinvață să trăiască". Înapoierea la spital, pentru noapte, oferă pacientului securizare pină cind va reuși să-și redobindească sentimentul siguranței de sine. De obicei, această formă de spitalizare nu trebuie să depășească o săptămină ; dacă necesitatea supravegherii se impune în continuare, trebuie utilizate alte forme mai economice și mai puțin regresive, cum sint centrele de tranziție care funcționează în unele țări.

Spitalizările de noapte la sfirșit de săptămină (de „week-end") au apărut, mai ales, in contextul existenței unor pacienți care, din diverse motive, nu pot participa in timpul săptăminii la ședințele terapeutice. Pentru aceștia, spitalizarea de la sfirșitul săptăminii se asociază cu ședințe de psihoterapie de grup, individuală și cluburi sociale. Această formă de spitalizare nu este unanim acceptată, in primul rind datorită lipsei criteriilor bine definite pentru selecția pacienților susceptibili de a beneficia de ea. Oricum, beneficiile acestui spital, ca ale oricărei forme de spitalizare parțială, țin de reducerea duratei spitalizării, dar și de facilitarea reintegrării pacientului in societate, fiind utilă mai ales pentru nevrotici, dar și pentru schizofrenii aflați in remisie.

Spitalul de psihiatrie Voila — Prahova

851. **SPITAL DE ZI** ● Unități de spitalizare parțială (semiambulatorii). Apariția acestui tip de unități și răspindirea lor foarte rapidă in lume este justificată prin :

- Aspecte terapeutice : permit rezolvarea ambulatorie a unor decompensări nevrotice sau psihotice care nu necesită o supraveghere continuă și nici spitalizare permanentă. Ele pot rezolva concomitent și asistența de spitalizare a bolnavilor cronici care, datorită ameliorării parțiale a stării lor psihice, pot trăi in mediul familial și, eventual, pot desfășura o activitate profesională. Se evită astfel fenomenul de hospitalism, uneori mult mai greu de tratat decit boala in sine.

- Aspecte sociale : spitalizarea in secţiile de psihiatrie constituie încă şi în prezent — deşi regretabil — un stigmat pentru bolnav ; spitalizarea parţială permite pacientului conservarea şi dezvoltarea valenţelor sociale şi profesionale restante.
- Aspecte utilitare : efortul economic in spitalul de zi este considerabil mai redus, comparativ cu spitalul clasic, şi permite rezolvarea aceloraşi sarcini specifice, în condiţiile unui randament profesional maxim şi complex, prin abordarea mai directă a bolnavului psihic in contextul său bio-psiho-social.

Literatura de specialitate consemnează date referitoare la problema cost-eficienţă in aceste unităţi spitaliceşti, precizind posibilitatea dublării numărului de bolnavi ce pot fi ingrijiţi simultan şi o reducere a cheltuielilor de două ori. Experienţele iniţiate la noi in acest sens dovedesc însă faptul că dublarea numărului de bolnavi trataţi se poate realiza cu o echipă terapeutică avînd acelaşi număr de medici, dar cu un cost de cel puţin 4—5 ori mai redus.

Istoria serviciilor ambulatorii pare a fi mai veche decit se crede. Bolnavilor care veneau pentru tratament la templul lui Apollo in Grecia Antică nu li se ofereau decit servicii ambulatorii, şi nu o spitalizare propriu-zisă. În secolul al XVIII-lea, la Gheel, bolnavii psihic erau luaţi de unele familii in vederea realizării a ceea ce azi numim „terapie de mediu“, metodă care a cunoscut o largă răspindire pină aproape de al doilea război mondial. În Anglia, la inceputul secolului se discuta posibilitatea ca psihogeniile să nu mai fie tratate în aziluri psihiatrice, dar acestei soluţii i s-au opus inşişi psihiatrii.

Primele spitale de zi psihiatrice au fost infiinţate la Moscova (DJAGAROV) şi Sibiu (POPESCU-SIBIU) in 1933. În anii celui de-al doilea război mondial, englezii au organizat în zona Canalului de Suez un spital de zi pentru militari, ceea ce demonstra pe atunci că tratamentul poate fi făcut şi in afara spitalului tradiţional. În 1947, la Montreal, şi un an mai tîrziu la Londra, CAMERON şi, respectiv, BIERER pun in practică ideea organizării de spitale de zi ; în 1948, la clinica psihiatrică din Yale (SUA) se deschide primul spital de zi.

Enumerind avantajele acestor forme de spitalizare, V. ANGHELUŢĂ, unul din iniţiatorii acestui tip modern de asistenţă psihiatrică în Bucureşti, afirmă :

- Avantajele terapeutice — forma de spitalizare parţială oferă bolnavilor tratament identic ca durată şi intensitate celui aplicat în regimul de spitalizare totală, ei păstrindu-şi situaţia extraspitalicească. Metoda diminuează tendinţa bolnavului de a deveni dependent de spital, evită complexele determinate de prejudecăţile legate de internarea totală, oferindu-i posibilitatea de a-şi continua activităţile obişnuite intr-o parte a zilei ; spre deosebire de asistenţa ambulatorie, spitalizarea parţială constituie un mediu mai controlat şi mai protejat. Faţă de spitalizările clasice totale, forma de spitalizare parţială incurajează independenţa, menţinind contactele cu familia şi societatea. Spitalizarea de lungă durată intr-un spital de psihiatrie este în sine inutilă şi antiterapeutică. Însuşi BLEULER sublinia rolul favorabil al eliberării bolnavilor din spital, imediat după ce episodul psihotic s-a remis.

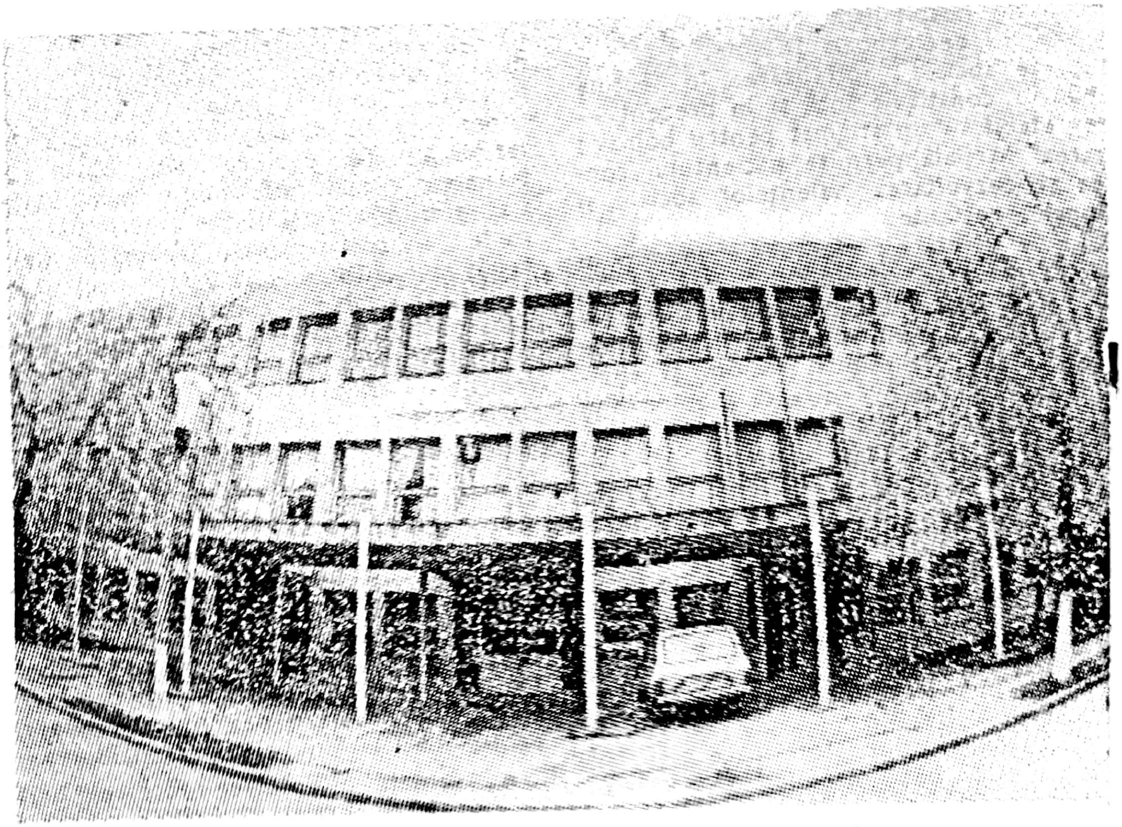
Spitalul de zi mai prezintă multiple avantaje :

- Avantaje medico-sociale : menţinerea legăturilor cu mediul familial evită agravarea şi ruptura pe care o provoacă spitalizarea completă. Bolnavul este ajutat intr-o măsură mai mare să-si aranjeze pe noi coordonate viaţa profesională şi familială, personalitatea.
- Avantaje psihologice : crearea unităţilor de spitalizare parţială constituie mărturia evoluţiei atitudinii generale a societăţii faţă de boala psihică. Aceste instituţii deschise contribuie la schimbarea mentalităţii şi dispariţia prejudecăţilor faţă de bolnavii mintal ; ingrijirea nu este considerată de bolnavi, familie şi societate ca o veritabilă spitalizare, şi totuşi bolnavul va fi tratat in mod convenabil şi activ.
- Avantajele economice : se consideră că numărul de bolnavi luaţi simultan in ingrijire va fi de două ori mai mare, iar cheltuielile cel puţin de două ori mai mici“.

Asistenţa ambulatorie şi semiambulatorie s-au dovedit a nu fi un sistem specific unei anumite zone geo-politice sau vreunui sistem economico-social, legat de una din doctrinele psihiatrice. Ele sînt o etapă determinată de considerente practice, care însoţeşte dezvoltarea fiecărui sistem psihiatric.

Aceste forme de asistenţă terapeutică, plasate în afara spitalului psihiatric, au fost generate în primul rind de deficienţele vechiului sistem al spitalizării tradiţionale, dar şi de alte cauze :

- stabilirea unui dialog autentic cu psihiatrul, în care neutralitatea să fie păstrată prin modificarea caracterului „punitiv" al internării ;
- respectarea dreptului legitim al bolnavului de a-şi exprima suferinţa sa ;



Centrul de Sănătate Mintală Titan — Bucureşti

- abordarea terapeutică prin creşterea eficienţei terapiilor biologice, odată cu apariţia neurolepticelor şi antidepresivelor, creşterea manevrabilităţii acestora, standardizarea tratamentelor (în sensul pozitiv al acestei noţiuni), modificarea însăşi a concepţiei despre tratamentul psihiatric, care priveşte boala ca pe un accident izolat, fără trecut sau prelungire în viaţa unui subiect, înţelegerea deplină a rolului pe care îl joacă psiho- şi socioterapia.

Toate acestea au constituit fundamente terapeutice care au deplasat bolnavul din spital în ambulator. Psihiatria se orientează, în acest context, spre o abordare socială şi comunitară, asigurînd prevenţie şi igienă mintală, veghind asupra comunităţii, lucru evident imposibil pentru spitalul de psihiatrie, unitate lipsită de flexibilitate şi mobilitate. Pentru psihiatria comunitară, spitalul este prea greoi, prea costisitor şi prea protector pentru bolnavii care au nevoie de îngrijiri mai simple şi mai liberale. Spitalul de zi reduce sevrajul activ pe care bolnavul îl suferă faţă de familie şi mediul social natural. Avantajele economice, deşi minime în comparaţie cu cele terapeutice şi medico-sociale („Acest tip de unitate, prin economicitatea şi eficienţa ei, şi-a dovedit raţiunea de a se fi dezvoltat", afirmă V. PREDESCU – 1976), au contribuit şi ele la apariţia noilor sisteme spitaliceşti. Se adaugă la acestea carenţele şi deficienţele altor forme de spitalizare şi opţiunea bolnavilor pentru acest tip de asistenţă.

Spitalul de zi a reprezentat o necesitate a dezvoltării asistenţei psihiatrice şi a cunoscut o rapidă extindere, fiind prezent în sistemul instituţional psihiatric sub forme foarte variate, fapt care i-a permis lui VEIL (1965) o amplă clasificare, după următoarele criterii :

- tipul de autonomie ;
- durata programului terapeutic dintr-o zi ;
- durata programului terapeutic dintr-o săptămînă ;
- numărul de bolnavi (capacitatea) ;
- vîrsta bolnavilor ;
- ocupaţia bolnavilor ;
- tipul tulburărilor psihice ;
- tipul tratamentului psihiatric ;
- intensitatea tratamentului ;
- intensitatea activităţilor de resocializare ;
- modul de recrutare a bolnavilor ;
- mijloacele de transport utilizate ;
- durata spitalizării.

Apreciind care sînt categoriile de bolnavi care pot beneficia sau nu de tratament în acest tip de unitate, specialiştii cu experienţă în acest domeniu contraindică : psihozele grave în puseu acut, bolnavii agitaţi, tendinţele auto- şi heteroagresive, toxicomaniile, afecţiunile somatice grave (LIENNEMANN, BERGREN, KULLENKAMPF, WINICK, ANGHELUŢĂ, DESPINAY).

Spitalele de zi cîştigă teren în toate ţările, indiferent de sistemul de organizare sanitară ; în Anglia, într-o perioadă de zece ani, numărul bolnavilor trataţi în spitale de zi s-a dublat, în SUA unităţile de zi au cunoscut o amplă dezvoltare, preluînd un număr foarte mare de bolnavi ; ultimii ani au dus la dezvoltarea acestui tip de unitate şi în ţara noastră.

852. **SPITALIZARE PARŢIALĂ** (după fr. *hospitaliser*) ● Formă de asistenţă medicală în care bolnavul îşi petrece numai o parte din timp (ziua sau noaptea) în unitatea medicală, unde beneficiază de asistenţă, restul timpului petrecîndu-l în mediul său familial (→ SPITAL DE ZI, SPITAL DE NOAPTE).

853. **SPITALIZARE TOTALĂ** ● Asistenţă medicală acordată în cadrul spitalului clasic (→SPITAL DE PSIHIATRIE).

854. **SPITZ René** (1887—1974) ● Psiholog american. Studiază medicina la Budapesta, Lausanne, Berlin. Specializat în psihanaliză, face cercetări de psihologie experimentală infantilă în clinica din Viena, condusă de BÜHLER.

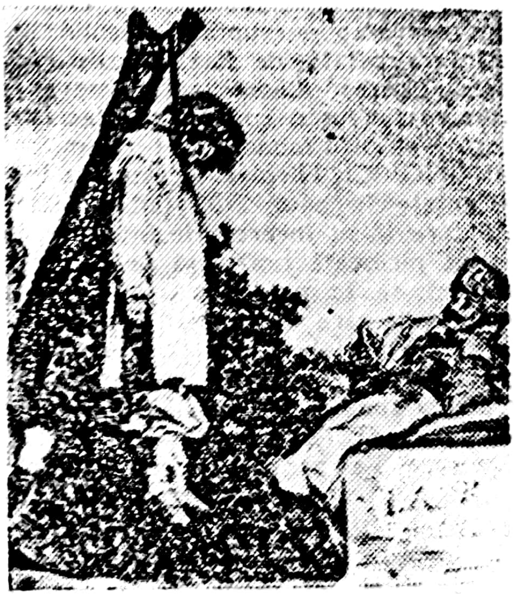
Se stabileşte în SUA, devenind profesor de psihologie psihanalitică la New York (1947), apoi profesor de psihiatrie la Universitatea din Colorado (1956).

A studiat în special dezvoltarea psihică a copilului în primii ani de viaţă, demonstrînd importanţa schimburilor emoţionale între copil şi adult ca bază a legăturilor interumane şi a comunicării. A descris reacţia de abandon a copilului, în special forma legată de hospitalism.

855. **SPITZKA Edward Charles** (1852—1914) ● Studiază medicina la New York, susţinîndu-şi teza în 1873, apoi lucrează în Europa cu MEYNERT şi SCHENK ; se reîntoarce în SUA în 1876, ca specialist în neurologie şi psihiatrie. Cadru didactic al şcolilor de medicină din Columbia şi New York, este adept al orientării organiciste ; lucrările sale : „Etiologia somatică a nebuniei“ (1882) şi „Nebunia, clasificare, diagnostic şi tratament“ (1883) au pus în evidenţă această poziţie. Are preocupări şi în psihiatria judiciară, stăruind asupra responsabilităţii bolnavului psihic.

856. **SPÎNZURARE** ● Compresiune exercitată la nivelul gîtului printr-un laţ acţionat de greutatea corpului, determinînd moartea prin asfixiere mecanică. În 99% dintre cazuri, spînzurarea are drept scop sinuciderea, în cadrul sinuciderilor ea ocupînd al treilea loc după intoxicaţiile voluntare şi precipitările de la înălţime. Mai rar este vorba de accidente (spînzurare rituală, joacă, scop de satisfacere sexuală etc.), crime sau un mod de execuţie.

Creşterea ratei sinuciderilor pe plan mondial ridică problema motivaţiei care stă la baza alegerii acestui mod de suprimare a existenţei. Abordarea se face pornind de la locul pe care spînzurarea îl ocupă în cadrul sinuciderilor. Dacă frecvenţa mai mare a intoxicaţiilor voluntare medicamentoase oferă explicaţia unei false dorinţe de moarte (şantaj, „autoliza“ istericilor) sau căutarea unei morţi fără suferinţă, dacă intoxicaţia cu droguri face posibilă o moarte „plăcută“ sau este consecinţa stărilor delirant-halucinatorii, dacă intoxicaţia cu otrăvuri puternice de tipul parathionului semnifică voinţa fermă a subiectului, în momentul respectiv, de a muri sigur, rapid şi pe cît posibil cu o suferinţă minimă, spînzurarea reflectă o hotărîre reală de suprimare a vieţii şi nu o simplă chemare în ajutor, cu şantaj. Ea oferă subiectului şanse minime de a fi salvat (spre deosebire de intoxicaţiile medicamentoase). Este greu de apreciat de ce precipitarea de la înălţime pare a fi statistic preferată spînzurării, cu excepţia luării în consideraţie a certitudinii şi mai mari în eficacitatea metodei (deşi presupune o suferinţă crescută, este drept — de scurtă durată). Faptul că spînzurarea este preferată altor modalităţi (arme tăietoare, înţepătoare, arme



F. Goya

de foc etc.) poate fi explicat din perspectiva eficacității, a mijloacelor aflate la indemină, a minimului de suferință etc.

Ca orice act vizind autoliza, actul spinzurării reflectă o suferință psihică insoțită de hotărirea evidentă a subiectului de a muri, fapt care constituie un indice de gravitate a afecțiunii psihice. Este vorba de schizofreni, depresivi psihotici, de indivizi care in urma unor traume psihice fac episoade psihotice acute. În cazul depresiilor psihotice, al melancoliilor de involuție, ideile de culpabilitate, nevoia de ispășire a unor culpe imaginare, de autopedepsire ar putea explica alegerea spinzurării ca metodă de sinucidere, ea fiind de-a lungul veacurilor una dintre metodele oficiale de execuție a indivizilor care s-au făcut vinovați față de societate.

Un alt aspect adus in discuție este cel de perversiune sexuală. Este cunoscut faptul că hipoxia rezultată in urma compresiunii exercitate la nivelul gitului excită simpaticul sacrat (rădăcinile II și III), producind erecție, urmată de orgasm. Hiperexcitabilitatea din faza incipientă a spinzurării, erecția și orgasmul sint căutate de subiectul cu perturbări grave ale comportamentului sexual, asociate de obicei altor tulburări psihice și de comportament (dizarmonii de personalitate, schizofrenii, oligofrenii etc.). În decursul timpului, in unele țări s-au constituit adevărate „cluburi ale spinzuraților", membrii acestora spinzurindu-se (și fiind salvați de ceilalți la momentul „oportun") in căutarea satisfacțiilor sexuale. Evident, sint posibile accidentele mortale, în special prin inhibiția reflexă cardio-respiratorie determinată de iritarea sinusului carotidian, prin leziuni vertebrale, ca și eventualele efecte nefavorabile asupra creierului, induse de asfixia repetată, de staza circulatorie etc.

La elucidarea mecanismului morții prin spinzurare a adus o contribuție decisivă, recunoscută pe plan mondial, cel mai mic dintre frații MINOVICI, Nicolae. Acesta și-a inceput experiențele in anul 1905 (alți oameni de știință care le-au încercat înaintea sa nu au mai avut niciodată ocazia să le comenteze), spinzurindu-se in prezența unui laborant și a unui medic care urmau să-i acorde primul ajutor. Experiențele sale au fost interpretate de majoritatea savanților ca dovezi ale entuziasmului și abnegației puse in slujba științei, cu riscul sacrificiului de sine. Cancerul de laringe care i-a provocat moartea, in 1941, ar fi fost, după unii autori, consecința acestui devotament față de știință

857. SPLEEN (cf. engl. *spleen* „splină"; prin extensie „proastă dispoziție") — sin. STAZĂ VITALĂ ● Stare de afect negativă (diferită de depresie), constind in plictiseală, mohoreală, blazare, fără a putea fi legată de o cauză anume, la persoane care, in mod firesc, nu ar avea motive să fie nefericite, nemulțumite de situația lor socio-materială, și care continuă, de altfel, să-și desfășoare neperturbat obișnuințele cotidiene. S-au mai utilizat pentru acest termen și denumirile de ALIOSIS ; TAEDIUM VITAE ; OTIUMOSIS.

În tratatul său de psihiatrie, ROGUES de FURSAC (1923) face o sugestivă descriere a spleen-ului, ca subtip al psihasteniei (deci il raportează la personalitatea dizarmonică de tip obsesiv), atribuindu-l unui subiect care este in general activ, face o bună impresie, reușește in acțiunile pe care și le propune, recunoaște că viața sa nu este nici mai bună, nici mai rea in comparație cu a altora, dar, cu toate acestea, se plictisește oriunde și oricind, își dorește in mod sincer moartea, suicidul survenind destul de frecvent la acești subiecți. Sentimentul fundamental de care este dominat subiectul este dezgustul față de viață (taedium vitae), dezinteresul pentru tot, fie chiar lucruri plăcute, golul existențial. Individul nu cunoaște bucuria vieții, principalul ferment al existenței.

Spleen-ul, spune autorul citat, este „negația dorinței de a trăi, avind la bază atrofia instinctului de conservare".

Toate acestea pot conduce uneori, prin proiectare asupra celorlalți membri ai familiei, la o soluție considerată „logică" și „necesară": suicidul colectiv sau asasinatul urmat de suicid.

Desigur, aceste situații ridică probleme destul de dificile de diagnostic diferențial cu psihoza depresivă. În acest sens, este de notat că, in starea de spleen, anxietatea și ideile de autoacuzare, de autodepreciere lipsesc cu desăvîrșire, subiectul păstrîndu-și intactă luciditatea, iar caracterul acestei atitudini existențiale manifestîndu-se permanent (MARCHAIS, CAILLARD și LÔO).

858. **SPLOTIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în medicina psihosomatică. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale neurolepticelor incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

859. **SPONGIOZĂ LAMINARĂ** — sin. SCLEROZĂ LAMINARĂ CORTICALĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MOREL$^{(B)}$ boală.

860. **SPONTANEITATE** (cf. fr. *spontanéité* : vezi lat. *spontaneus*) ● Manifestare liberă și autentică de energii psihice; proiecție directă, naturală, fără scop prealabil și efort volitiv a unei activități psihice (act, operație, proces, conduită). Manifestările spontane se opun manifestărilor orientate conștient, voluntare sau provocate prin condiționare.

În sfera psihismului se disting fenomene de tip spontan atît la nivel senzorio-perceptiv (atenție spontană), cît și la nivel intelectual și afectiv. Există și un tip de învățare spontană, opusă învățării dirijate. Actele de creativitate sînt legate prin definiție de spontaneitatea spiritului creator (ca o calitate a personalității creatoare).

Referindu-se la „mișcarea spontană" în viața cotidiană, E. MINKOWSKI. apreciază că: „pleacă din ea însăși, fără să fie nici reflexă nici automată, veritabilă izbucnire care vine adesea ca un fulger, proiectînd intensa și excepționala ei luminozitate asupra vieții noastre interioare".

Spontaneitatea este maximă la copii (jocul mijlocind și diversificînd formele ei de exprimare) și descrește progresiv cu vîrsta, slăbind rapid și fiind ulterior înlocuită prin bradipsihie în cadrul sindroamelor psihoorganice, demențe.

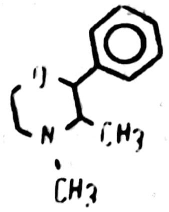
Spontaneitatea poate fi eclipsată temporar, așa cum se întîmplă în stări confuzionale unde reapariția ei este un semn de restabilire a „simțului realității", sau poate fi inhibată, blocată emoțional, așa cum se întîmplă în stări reactive, anxioase sau depresive.

În genere, patologia obsesională acționează frenator (în grade variabile) asupra manifestărilor spontane, a inițiativelor la subiecții cu tulburări voliționale. Aspontaneității melancolicului stupuros i se opune spontaneitatea debordantă, dar neproductivă, a maniacalului în puseu acut.

În stările de disoluție ireversibilă a personalității (schizofrenie), manifestările spontane fie rămîn secrete anturajului, fiind circumscrise ermetic autismului individului disociat, fie se exteriorizează, dar într-o manieră bizară sau incomprehensibilă pentru ceilalți.

861. **SPORALON**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2- (trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt foarte reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

862. **SPRX**$^{(M)}$ SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în: astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.



863. **SPURZHEIM Johann Gaspar** (1776—1832) ● Studiază medicina la Viena, avîndu-l printre dascăli și pe Franz GALL, al cărui discipol devine după un lung turneu prin orașele germane. La Paris, unde se stabilesc în 1807, publică primele două volume din ampla lucrare (patru volume) „Cercetări asupra sistemului nervos în general și asupra creierului în special". În 1812 survine ruptura, SPURZHEIM plecînd în Anglia, unde creează o școală de frenologie.

Principalii săi elevi sînt: frații COMBE și Thomas FORSTER (creatorii termenului de

„frenologie"), J. C. WARREN (care în 1821 înființează în SUA centrul de frenologie de la Philadelphia) și Ch. CALDWELL, care publică în SUA prima lucrare de frenologie : „Elemente de frenologie" (1824).

În ciuda disputelor personale, poziția științifică a lui SPURZHEIM nu diferă de cea a lui GALL. Principalele sale lucrări sînt : „Observații asupra manifestărilor mintale anormale sau despre nebunie" (Londra, 1817), „Eseu filozofic despre natura morală și intelectuală a omului" (Paris, 1820), „Privire asupra principiilor filozofice de frenologie" (Londra, 1825) și „Anatomia creierului" (Londra, 1826).

864. **STAABS(T) test** ● Test proiectiv imaginat de STAABS (1951) pentru a fi folosit în clinica de psihiatrie infantilă. Constă într-un număr de planșe reprezentînd diferite persoane, cărora copilul le atribuie gesturi, stări emoționale și atitudini diverse.

865. **STABILE(H) halucinații** (cf. lat. *stabilis*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STEREOTIPE(H) halucinații.

866. **STADIU — în psihologie** (cf. gr. *stadion* — măsură de lungime ; lat. *stadium*) ● Perioadă de dezvoltare în ontogeneză. După J. PIAGET, caracteristicile dezvoltării stadiale sînt :

- ordinea achizițiilor rămîne neschimbată ;
- stadiul este conceput ca structură și nu ca juxtapunere de proprietăți ;
- structurile unui stadiu devin parte integrantă din stadiul următor ;
- fiecare stadiu conține o fază de pregătire și una de definitivare, de integrare, adesea concomitentă cu momentul de pregătire al stadiului următor ;
- se admit anumite limite normale în durata și situarea stadiilor în vîrstă, în timpul dezvoltării ontogenetice, dar ordinea este neschimbată.

Dezvoltarea umană afectivă și intelectuală este un proces continuu, dar nu linear, ci trecînd prin diverse stadii evolutive. Noțiunea se întîlnește atît în epistemologia genetică, cît și în psihologia generală a copilului și în psihanaliză.

În epistemologia genetică, după PIAGET, dezvoltarea intelectuală a copilului se face în cinci etape mari :

- senzorio-motorie (0—2 ani) ;
- preoperatorie (2—4 ani) ;
- intuitivă (4—7ani) ;
- a operațiilor concrete (8—11 ani) ;
- a operațiilor formale (12—14 ani).

Etapele sînt subdivizate, la rîndul lor, în stadii. În psihologia generală a copilului, stadiul este privit ca o stare de echilibru pasager, cu rădăcini în trecut și potențialități pentru viitor (WALLON). GESELL descrie, de la naștere pînă la vîrsta de 16 ani, 24 de stadii generale.

În psihanaliză, FREUD a utilizat termenul în legătură cu pulsiunile libidinale. El presupune existența unui ansamblu alcătuit dintr-o sursă pulsională specifică, un obiect specific și un conflict de un anumit tip, care poate realiza echilibrul temporar între satisfacția pulsională și contrainvestițiile de apărare. Stadiul libidinal se caracterizează printr-o organizare a libidoului sub primatul unei zone erogene și prin intermediul unui mod de relație obiectuală, avînd asociate noțiunile de fixație și regresie (temporară, formală și topică). Au fost propuse următoarele stadii :

- oral, pe care ABRAHAM îl divide în oral precoce (0—6 luni — predomină suptul) și sadic oral (6—12 luni — apare actul mușcării) ;
- anal (2 — 3 ani) subdivizat în sadic-anal și retențional ;
- genital (în care pulsiunile parțiale se organizează sub primatul zonelor genitale), presupunînd un stadiu falic (3—4 ani — băiatul sau fetița nu recunosc decît un singur organ genital : falusul) și un stadiu genital propriu-zis (5—6 ani).

J. LACAN a descris stadiul oglinzii, între 6—18 luni, constituind matricea și schița a ceea ce va deveni Eul.

867. **STADIU ANAL** → ANAL — stadiu.

868. **STADIU FALIC** → FALIC — stadiu.

869. **STADIU GENITAL** → GENITAL — stadiu.

870. **STADIU DE LATENȚĂ** ● În teoria psihanalitică, stadiul care începe cu rezolvarea normală sau patologică a complexului Oedip. Se caracterizează prin : acalmia exteriorizării sexuale, oprirea sau diminuarea masturbării, modificarea pulsiunilor parțiale, inhibiția sau deturnarea scopului, posibilitatea de sublimări diverse, facilitate socio-cultural și prin educație, apariția formațiunilor reacțioale, structura aparatului psihic și a caracterului. Rezultatul refulării este amnezia infantilă, care acoperă primii ani ai copilăriei.

871. **STADIU LIBIDINAL** → LIBIDINAL — stadiu.

872. **STADIU (al) OGLINZII** → OGLINDĂ.

873. **STADIU ORAL** → ORAL, ORALITATE.

874. **STADIU POSTAMBIVALENT** ● Stadiu final al dezvoltării libidinale, descris de psihanalistul Otto FENICHEL, în care dragostea reală față de un obiect devine posibilă.

Sexualitatea infantilă trece, în dezvoltarea sa, prin diferite stadii, asociate cu zone erogene diverse.

Libidoul se organizează și el succesiv în jurul acestor zone, pînă în momentul în care zona genitală devine locul de eliberare a tuturor excitațiilor sexuale.

Dezvoltarea obiectului iubirii este în strînsă legătură cu dezvoltarea sexualității. Odată cu dezvoltarea sexualității infantile, se schimbă tipul relației cu obiectele, care se modulează în funcție de stadiul și zona erogenă în jurul cărora se organizează libidoul. În primul stadiu de dezvoltare, obiectul este absent (în perioada de sugar), ulterior stadiile devin ambivalente : procesul de obținere a satisfacției produce distrugerea obiectului (erogenia anală și orală).

Identitatea obiectului este lipsită de importanță în stadiile ambivalente, satisfacția putînd fi urmată de dispariția obiectului. Stadiul final al relației cu obiectul (dragostea reală) este stadiul postambivalent, în care ura sau sentimentele distructive dispar. „Satisfacția devine imposibilă în absența satisfacerii obiectului" (FENICHEL).

Primatul genital devine caracteristic pentru acest stadiu, iar orgasmul genital devine modalitatea de expresie a satisfacției.

875. **STADIU DE REZISTENȚĂ** ● Prima fază a terapiei analitice clasice (și, în genere, a oricărei psihoterapii), în care rezistența persoanei la procesul terapeutic este crescută datorită activității intense a cenzurii. Acest stadiu este depășit pe măsură ce procesul terapeutic înaintează, în funcție de stabilirea și consolidarea relației de transfer. Durata fazei de rezistență depinde de tipul de nevroză și de tipul de personalitate (în sensul tipologiei analitice). Este cunoscut faptul că personalitățile narcisice au o mare dificultate în a face transferul, după cum personalitățile obsesionale transformă relația transferențială în relație la distanță (tipul caracteristic de relație obiectuală la obsesionali, după BOUVET). (→REZISTENȚĂ ; TRANSFER ; PSIHOTERAPIE ANALITICĂ ; RELAȚIE OBIECTUALĂ).

876. **STADIU DE REZISTENȚĂ MEDICAMENTOASĂ** → TERAPEUTICĂ — rezistență

877. **STADIU SADIC-ANAL** ● Organizare a libidoului legată de activitatea de evacuare și investind zona erogenă anală. În cursul educației sfincterelor, expulzia și retenția dobîndesc semnificații multiple. După K. ABRAHAM, prima fază, opusă încorporării, în care predomină expulzia, are un rol sadic (distrugerea obiectului încorporat) și corespunde, în patologie, unor categorii nosologice ca paranoia și nevrozele de conversie.

Faza a doua, plăcerea retenției, are semnificația de control sadic posesiv. Corespunde, în patologie, nevrozei obsesionale. Relația cu obiectul este ambivalentă, conducînd spre conflictul expulzie-retenție, pasiv-activ, masculin-feminin, în funcție de rezolvarea căruia (cu sau fără fixații masive la stadii susținute sau nu constituțional) depinde homosexualitatea latentă.

În sfera normalului, formații reacționale la pulsiunea parțială anală duc la trăsături caracteriale mai mult sau mai puțin accentuate (curățenie, punctualitate, economie, plăcerea de a prelungi preliminariile unor bucurii etc.).

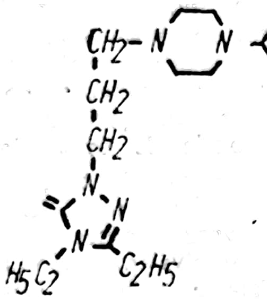
878. **STADIU SADIC-ORAL** ● Din punct de vedere psihanalitic, încorporarea prin mușcătură, care se substituie sugerii. Copilului îi place să muște și devine astfel mai activ în raport cu realitatea. Relația cu obiectul este narcisică, încorporează total obiectul, devine ambivalentă și ar corespunde, în clinică, psihozei maniaco-depresive și impulsiunilor morbide. La adultul normal, satisfacții orale directe, ca fumatul, băutul, nu sînt, în această viziune, numai satisfacții autoerotice, ci produc și modificări în conflictele pulsionale, reducînd inhibițiile, îndepărtînd angoasa și avînd aporturi narcisice care duc la creșterea stimei de sine.

879 **STAEHELIN-FRIGERO-LEVY* semn** ● Constă în mișcări subite de plafonare a ochilor, însoțite de mișcări simultane de retropulsiune a capului (LĂZĂRESCU) ; a fost descris în sindroamele extrapiramidale ale encefalitei Van Economo, fiind însă observat cu frecvență relativ ridicată și în sindroamele de impregnare neuroleptică.

880. **STAEHELIN* simptom** ● Tendință a unor alcoolici de a-și provoca cît mai repede o stare de inconștiență. Simptomul a fost descris de STAEHELIN în 1943.

Se întîlnește la bolnavii nevrotici, psihotici sau dizarmonici decompensați, care vor să-și înăbușe în alcool o simptomatologie psihică acută (anxietate, fobii, impulsiuni, halucinații).

881. **STAFF$^{(M)}$** Italia — DCI *Etoperidonă* ● Antidepresiv timoleptic de tip 1-/3-/4-(m-clorofenil)-1-piperazinil/propil/-3,4-dietil-Δ^2-1,2,4-triazolin-5-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative.



882. **STAGNARE A GÎNDIRII** (cf. lat. *stagnare* „a forma o apă stătătoare, a bălti") ● Termen care definește, în concepția autorilor francezi (P. GUIRAUD, G. MARCHAIS), incapacitatea bolnavului de a urma direcția inițială a sensului gîndirii, reprezentările persistînd timp îndelungat în cîmpul conștiinței, etalîndu-se, dar fără a putea fi folosite în mod eficient.

Tulburarea poate fi întîlnită în stările reactive intense, de aspect inhibat, depresiile endogene, sindromul deteriorativ în faza sa inițială.

883. **STALLERIL$^{(M)}$** Finlanda — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkilpiperazinat de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil(etil/-2-)metiltio)-fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică. În funcție de doză, poate fi utilizat atît în psihogenii, cît și în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TIORIDAZIN$^{(M)}$.

884. **STAM-WIGBOLDUS-CROSVELD$^{(S)}$ sindrom** ● Demență presenilă, descrisă relativ recent (1968), caracterizată prin dispersia sialomucoproteinelor în substanța cenușie cerebrală, în ganglionii bazali și cerebel. Tulburările psihice mai frecvente sînt : dezorientare spațio-temporală, neliniște vesperală, sărăcirea vorbirii pînă la mutism, negativism, acte agresive sau necontrolate. Neurologic, se notează următoarele tulburări : hipokinezie progresivă, tremor al extremităților, mișcări spasmodice ale mușchilor corpului și feței.

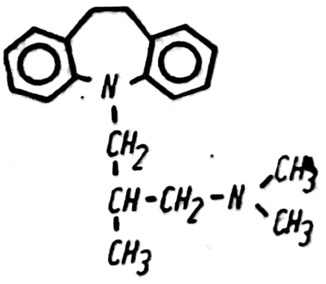
Examenul electroencefalografic pune în evidență unde delta alternînd cu unde ascuțite și complexe vîrf-undă. Debutul bolii are loc după vîrsta de 50 de ani și evoluția este lentă, dar progresivă.

885. **STAMONEVROL$^{(M)}$** Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale neurolepticelor incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

886. **STANDARDIZARE** (cf. engl., fr. *standard*) ● Acțiunea de elaborare a normelor, regulilor care trebuie respectate la producerea unui bun material sau la culegerea unor informații în scopul uniformizării și posibilității de comparare. În medicină, de exemplu, standardizarea preparatelor farmaceutice, a aparaturii medicale este legiferată. În ceea ce privește standardizarea diagnosticului medical, procedură prin care se caută obținerea unor colecții de simptome și reguli de raționament formal, ea are drept scop comparabilitatea studiilor medicale efectuate de diverși cercetători pe loturi diferite ca structură și posibilitatea modelării pe calculator a raționamentului medical. Cel mai evoluat sistem standardizat de diagnostic în bolile psihice este „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" elaborat de Asociația Americană de Psihiatrie. Prima ediție, DSM I, a apărut în 1952, iar ultima ediție, DSM III R, în 1987.

887. **STANFORD SCALES OF HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY$^{(T)}$** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **WEITZENHOFFER-HILGARD$^{(T)}$ scală.**

888. **STANGYL$^{(M)}$** Germania — DCI *Trimipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)-2-metil-



propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune antidepresivă, sedativă şi anxiolitică. Are o bună toleranţă. Nu se asociază cu IMAO. Influenţează reflexele conducătorilor auto.

889. **STARAZINE**(M) Finlanda — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă (inferioară CLORPROMAZINEI) şi antiemetică ; este util în tratamentele de întreţinere a psihozelor cronice şi în stările psihopatoide.

890. **STARE** (lat. *stare*) ● Termen ce defineşte în general situaţia în care se află cineva la un moment dat.

În psihiatrie, termenul nu îşi păstrează decît parţial utilitatea şi semnifică totalitatea simptomelor întrunite într-un sindrom : stare discordantă, stare paranoidă, stare psihopatoidă etc.

891. **STARE (de) ABSENŢĂ** — sin. STARE CONFUZIONALĂ EPILEPTICĂ SIMPLĂ ; STATUS PETIT MAL (LENNOX şi GIBBS) → ABSENŢĂ.

892. **STARE CREPUSCULARĂ** → CREPUSCULAR.

893. **STARE HIPNOIDĂ** → HIPNOIDĂ — stare.

894. **STARE LACUNARĂ** — sin. LACUNAR(8) sindrom ; SINUSOIDALĂ — stare $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MARIE PIERRE(8) sindrom.

895. **STARE (caz) LIMITĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BORDERLINE.

896. **STARE (de) RĂU EPILEPTIC** — sin. RĂU EPILEPTIC ; STATUS EPILEPTICUS ● Formă particulară de epilepsie, caracterizată prin crize de durată suficient de mare sau care se repetă la intervale foarte scurte, creînd o situaţie staţionară din care pacientul nu poate ieşi fără intervenţie terapeutică. Prognosticul este grav, evoluţia fiind adeseori mortală ; constituie una dintre principalele urgenţe neurologice.

Teoretic, există tot atîtea fenomene clinice de rău epileptic cîte forme electro-clinice de epilepsie (GASTAUT — 1973). Cele mai importante şi mai frecvent întîlnite sînt : starea de rău epileptic generalizat, convulsiv (tonico-clonic, tonic, clonic, mioclonic), neconvulsiv (status petit mal), stare de rău epileptic unilateral şi stare de rău epileptic parţial (jacksonian — spino-motor).

Se apreciază că aproximativ 5% din epileptici pot face stări de rău epileptic. Apariţia unei stări de rău epileptic la un subiect fără antecedente comiţiale ridică probleme de diagnostic diferenţial : hemoragie meningiană, encefalopatie hipertensivă, meningoencefalită acută, tumori cerebrale, abces cerebral, comă diabetică.

Factorii care pot declanşa starea de rău epileptic sînt : întreruperea terapiei anticonvulsivante, tratament cu medicamente epileptogene, ingestia de alcool, infecţii etc. În psihiatrie, starea de rău epileptic ridică problema diagnosticului diferenţial cu sindromul catatonic şi tulburările paroxistice isterice.

897. **STARE SECUNDĂ** ● Tulburare constînd în îngustarea conştiinţei de tip isteric, care permite subiectului integrarea într-o activitate aparent normală, dar în discrepanţă evidentă cu personalitatea lui anterioară şi avînd un caracter „critic". Deşi greu de diferenţiat, după cum observă şi SUTTER (1985), de starea crepusculară (→ STARE CREPUSCULARĂ), căreia îi este caracteristică amprenta de confuzie globală, starea secundă este numai o tulburare parţială a stării de conştiinţă.

Personalităţile alternante, duble, triple, descrise la sfîrşitul secolului trecut (CHARCOT, P. JANET ş.a.), constau din atribuirea unei individualităţi succesiv-diferite, în funcţie de fiecare episod care, odată remis, restituie existenţa reală.

După cum subliniază MICHAUX, activitatea subiectului în timpul stării secunde rămîne coordonată, dar pitorească şi paradoxală, lipsită de periculozitate sau gravitate antisocială. Este urmată de amnezie lacunară şi poate fi sistată prin sugestie şi hipnoză (element de diagnostic diferenţial cu starea confuzională).

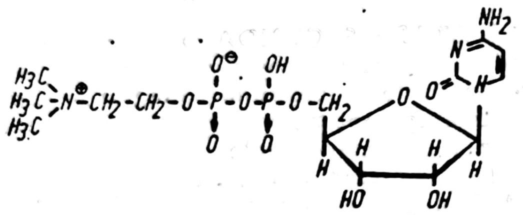
Majoritatea autorilor o includ în sfera unor tulburări de intensitate nevrotică.

În cadrul aceluiaşi tip de tulburări ar intra somnambulismul şi personalitatea alternantă (multiplă), introduse de clasificarea DSM III în rîndul tulburărilor disociative ale nevrozei isterice (amnezia psihogenă, fuga psihogenă şi personalitatea multiplă).

898. **STARE (de) VEGHE** — sin. STARE DE VIGILITATE ● Îşi are originea în cuvîntul „vigil" — membru al gărzii instituite la Roma de către împăratul AUGUSTUS pentru siguranţa cetăţii în timpul nopţii şi paza contra incendiilor.

Reprezintă (după ARSENI, GOLU, DĂNAILĂ — 1983) premisa neurofiziologică principală a conştienţei menţinute la nivelul creierului prin intermediul substanţei reticulate activatoare ascendente (SRAA). Leziunile la nivelul formaţiunii reticulate activatoare ascendente, situată pe linia mediană în trunchiul cerebral, produc întotdeauna pierderea conştienţei. Proiecţiile se fac predominant la nivelul nucleilor bazali, scoarţa primind mai puţine informaţii. Din această cauză, tulburările care apar în aceste leziuni sînt de tipul pierderii conştiinţei (şi nu „modificări de diferite grade").

899. **STARTONYL$^{(M)}$** Coreea, Grecia, Japonia, Portugalia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară



de tip colină citidină 5'-ester pirofosfat, cu acţiune psihostimulentă şi anorexigenă; practic, nu are efecte simpaticomimetice.

900. **STATICE$^{(H)}$ halucinaţii** (cf. gr. *statikos* „referitor la echilibru") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FOTOGRAFICE$^{(H)}$ halucinaţii.

901. **STATOBEX$^{(M)}$** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu puternice valenţe anorexigene. Este utilizat în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor; pot apărea fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului (→ PSIHOSTIMULENTE).

902. **STATRAN$^{(M)}$** Franţa — DCI *Emilcamat* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 3-metil-3-pentanol carbamat, cu acţiune sedativ-hipnotică şi valenţe anxiolitice şi miorelaxante. Este indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecţiuni psihosomatice.

903. **STATUS HIPOPLASTICUS** (cf. lat. *status*; gr. *hypo*; *plassein* „a modela") ● Tip constituţional care s-ar caracteriza prin: diateză fibroasă, îmbătrînire rapidă a elementelor diferenţiale ale ţesutului limfatic, tulburări de dezvoltare somatică generalizate (BARTEL şi WIESEL). Hipoplazia generalizată ar conduce la scăderea capacităţii funcţionale a mecanismelor de apărare naturală şi la tendinţa unei părţi a ţesutului conjunctiv de înlocuire a elementelor constitutive ale parenchimului structurilor limfatice, care se atrofiază. Patologia organică de preinvoluţie ar fi mai frecventă la acest tip constituţional.

904. **STATUS HYSTERICUS** (lat.) ● Termen folosit de psihiatria secolului trecut, pentru a descrie repetarea frecventă a unor „atacuri" cu simptome de conversie isterică. Au fost descrise perioade de ore sau zile în care simptomele isterice conversive nu-şi modificau intensitatea. În prezent, acest tip de manifestare a isteriei nu se mai întîlneşte, expresiile ei devenind mai „subtile".

905. **STATUT SOCIAL** ● Poziţia individului într-un grup social şi drepturile ce decurg din această poziţie, atribuită de societate conform unor scări ierarhice, de statut şi putere. Locul ocupat în grupul social indică şi obligaţiile celorlalţi faţă de individ, permiţîndu-i în acelaşi timp acestuia să exercite un anumit rol social.

Termenul, preluat din filozofia socială (HOBBES, LOCKE, SMITH) de către Max WEBER ca echivalent al celui de prestigiu, este definit, din perspectiva antropologiei culturale, de Ralph LINTON, ca „loc al individului în societate" („The Study of Man" — 1936) şi de J. STOETZEL ca „ansamblul comportamentelor la care un individ se poate aştepta legitim din partea altora" („La psychologie sociale" — 1936). Se operează distincţii între statuturile actuale, puse în evidenţă la un moment dat, şi statuturile latente; între statuturi atribuite (de exemplu, sexul) şi statuturi dobîndite (de exemplu, profesiunea, apartenenţa politică etc.).

De regulă, nu orice individ este caracterizat printr-un set de statuturi şi roluri congruente (caz în care apar conflicte intra-statut sau inter-statut).

Fiind vorba de drepturi şi obligaţii, de comportamente interpersonale manifestate de pe poziții ierarhice diferite, problemele pe linie de rol și statut sînt deosebit de importante pentru psihologi și psihiatri în explicarea unor fenomene psihopatologice (de natură psihogenă sau psihosomatică).

Talcott PARSONS analizează cuplul statuturilor de medic și de bolnav, în lucrarea „The social system" — 1951. Statutul de medic se definește prin competență tehnică, universalism (nu-și alege pacienții), specificitate profesională (se limitează la tratarea medicală a bolii), neutralitate afectivă, altruism. Statutul și rolul bolnavului vor fi complementare, incluzînd următoarele elemente : scutire temporară sau definitivă de responsabilitate, dreptul necondiționat la ajutor, obligațiile de a-și dori însănătoșirea și de colaborare loială în acest sens.

Patogenia rolurilor și statutelor a fost studiată de R. W. FRUMKIN (1955), R. BASTIDE (1965) și alții. S-au evidențiat astfel comportamente mitomanice, bovarice, infantile și autoritariste, care se referă la patologia rolurilor, la conflicte intra- și inter-statut.

Dinamica vieții sociale, urbanizarea accelerată, progresul tehnico-științific, transplanturile culturale etc. antrenează o diversificare crescîndă, dublată de proliferarea rolurilor și statuturilor acumulate sau atribuite. Același individ se vede constrîns de o constelație de roluri și statute pe care trebuie să le armonizeze la propria persoană și în funcție de ceilalți. Nu de puține ori, pierderea statutului (invaliditate, destituire, pensionare), conflictele generate de opoziția dintre statuturile atribuite și cele achiziționate sau de lipsa de corelare între ele (de exemplu, apartenența politică sau credințele religioase) sau statutele intermediare (subofițerul de armată, asistentul în sistemul de învățămînt sau medical) se soldează cu frustrări, anxietate, sentimente de insecuritate, care pot degenera în entități psihopatologice (nevroze, psihoze, boli psihosomatice).

Vîrsta a treia este cea mai puțin flexibilă la schimbările pe linie de rol și statut, ceea ce și explică ponderea mare de invaliditate psihică prin noxe sociale grefate pe factorul vîrstă.

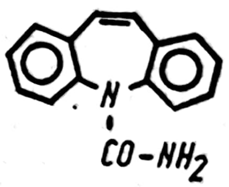
906. **STAȚIONARĂ — epilepsie** (cf. lat. *stationarius* „fix, nemișcat") ● Formă clinică evolutivă a epilepsiei, caracterizată prin lipsa progresiei bolii, constanța tabloului clinic (frecvența crizelor, caracteristicile clinice, răspunsul la dozele de anticonvulsivante folosite etc.). Această formă clinică se pretează cel mai bine dispensarizării la nivelul unităților de asistență ambulatorie.

907. **STAZĂ PAPILARĂ** (cf. gr. *ttasis* „stabilitate, fixitate") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EDEM PAPILAR.

908. **STAZĂ PAPILARĂ UNILATERALĂ** ● Element patognomonic pentru tumorile de lob temporal; descrisă de către De CRINIS.

909. **STAZĂ VITALĂ** — sin. OTIUMOSIS ; TAEDIUM VITAE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ALIOSIS → SPLEEN.

910. **STAZEPINE**$^{(*)}$ Polonia — DCI *Carbamezapină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antalgică. În cazul tratamentelor îndelungate necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.



911. **STAZIBAZIFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *stasis* „acțiunea de a se ține drept" ; *basis* „mers" ; *phobos* „frică") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BAZISTAZIFOBIE$^{(F)}$.

912. **STAZIOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *stasis* ; *phobos* „frică") ● Teamă nejustificată de a se ridica, de a sta în picioare, caracteristică mai ales simptomatologiei isterice și hipocondriace (→ BAZISTAZIFOBIE$^{(F)}$).

913. **STĂPÎNIRE DE SINE** ● Capacitatea de control asupra propriilor atitudini și reacții, în special asupra reacțiilor emoționale (dorințe, tendințe și manifestări spontane), control avînd drept scop adaptarea persoanei într-o situație dată, în mod particular într-o situație limită. Această capacitate se formează pe parcursul maturizării individului, fiind implicată în procesul adaptării lui la realitate. Stăpînirea de sine nu este efectul unui efort de reprimare permanentă a spontaneității și, în general, nu este sinonimă cu reprimarea forțată. Stăpînirea de sine se cîștigă în urma unui proces de autocunoaștere, întrucît nici o trebuință nu poate fi stăpînită dacă ea nu este cunoscută. Stăpînirea de sine nu înseamnă suprimarea unei trebuințe, tendințe sau acțiuni, ci subordonarea ei unei alte acțiuni ; acest lucru presupune o ierarhizare (alegere) conștientă a motivelor, în funcție de cîștig și de pierdere pentru subiect. Un motiv existent, oricare ar fi el, nu poate fi suprimat, el poate însă

fi cunoscut și integrat intr-o ordine de priorități. De asemenea, stăpinirea de sine nu inseamnă suprimarea emoțiilor, ci dozarea lor in scopul unei acțiuni eficiente, cu beneficii reale.

Stăpinirea de sine, ca trăsătură de personalitate, lipsește in toate cazurile patologice care antrenează destructurarea personalității (procesul psihotic) și este labilă in structurările dizarmonice ale persoanei, precum și in nevroze.

914. **STĂRI MIXTE** ● Sindroame afective in care simptomele maniacale se intrică cu cele depresive psihotice, tabloul clinic al fiecăreia dintre categoriile nosologice respective fiind incomplet conturat. Stările mixte au fost menționate pentru prima dată in 1861 de TALRET, consacrarea lor in literatura de specialitate datorindu-se insă lui KRAEPELIN, care le descrie sub șase forme clinice : manie coleroasă, excitație cu depresie, manie neproductivă, stupoare maniacală, depresie cu fugă de idei și excitația maniacală. Teoriile actuale privind psihoza afectivă bipolară asociază stările mixte conceptului de „switch process“, referitor la simptomatologiile rapid alternante cu care medicul practician se confruntă destul de frecvent (forme de tranziție intre episodul depresiv și cel maniacal in timpul tratamentului cu timoleptice). Studiile citate de L. COLONNA (1985) subliniază interesul actual pe care-l prezintă stările mixte, prin observații care le caracterizează ca expresii ale unei „problematici profunde, de viață sau de moarte, de reprimare sau de sărbătorire“, motivate exogen și/sau endogen.

915. **STEDON$^{(M)}$** Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

916. **STEKEL Wilhelm** (1868—1940) ● Psihiatru austriac. A studiat medicina la Viena ; in 1902 a publicat o recenzie elogioasă la „Interpretarea viselor“ — care a constituit debutul prieteniei cu FREUD, STEKEL fiind și inițiatorul faimoaselor „reuniuni de miercuri seara“, embrionul viitoarei societăți de psihanaliză.

Principalele sale lucrări sint : „Stările de anxietate și tratamentul lor“ (1908), prefațată de FREUD, „Vis și telepatie“ (1920).

917. **STELADEX$^{(MC)}$** Anglia ● Produs farmaceutic compus din două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se complementează :

- ● DEXAMFETAMINĂ$^{(M)}$ — psihostimulent, derivat feniletilaminic ;
- ● TRIFLUOPERAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

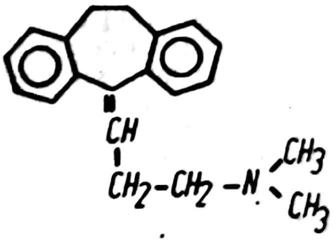
918. **STELAPAR$^{(MC)}$** Argentina, Brazilia, Columbia ● Produs farmaceutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează :

- ● TRANILCIPROMINĂ$^{(M)}$ — timoanaleptic, derivat ciclopropilaminic ;
- ● TRIFLUOPERAZINĂ$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresivă, sedativă și anxiolitică.

919. **STELAZINE$^{(M)}$** Anglia, SUA
STELIUM$^{(M)}$ Grecia
— DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice ; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sint foarte reduse. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

920. **STELMINAL$^{(M)}$** Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de AMTRIPTILINĂ$^{(M)}$.



921. **STELLWAG' simptom** ● Lărgire a fantei palpebrale insoțită de rărirea mișcărilor de clipire, care devin și incomplete. Se intilnește atit in tireotoxicoză, cit și in parkinsonismul de diferite etiologii.

922. **STEMBAMAT$^{(MC)}$** Spania ● Produs farmaceutic compus din două medicamente tipizate :

- PROCLORPERAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- MEPROBAMAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic.

Are acţiune sedativ-anxiolitică.

923. **STEMETIL**$^{(M)}$ Anglia, Belgia, Canada, Danemarca, Elveţia, Finlanda, Italia, Iugoslavia, Olanda — DCI *Proclorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-clor-10-/3-(4-metil-1-piperazinil) propil/-fenotiazină, cu acţiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valenţe antivertiginoase şi antispasmodice. Industria noastră farmaceutică il produce sub numele de EMETIRAL$^{(M)}$.

924. **STENDHAL**$^{(S)}$ **sindrom** ● Reacţie psihică a unor indivizi hipersensibili la contactul brusc cu frumuseţile artei ; poartă numele celebrului scriitor, care l-a descris cu mai bine de 100 de ani in urmă in „Roma, Neapole, Florenţa". Considerat de mulţi mai puţin ca entitate clinică şi mai mult ca o figură de stil, a inceput să atragă atenţia psihiatrilor in urma unui articol din 1980, care descria unele stări lipotimice inexplicabile, survenite la turişti in timpul vizitării Capelei Sixtine.

Psihiatrii Spitalului Central din Florenţa au confirmat fenomenul in 1987, ei fiind şi cei care au propus numele de „sindrom Stendhal". Acesta evoluează pe axul unei reacţii de şoc de intensitate medie, cu evoluţie favorabilă : in cele mai severe cazuri, simptomatologia se atenuează după 3—4 zile de spitalizare. Studiul psihiatrilor din Florenţa se bazează pe 107 cazuri spitalizate in ultimii opt ani.

925. **STENGEL-SCHILDER**$^{(S)}$ **sindrom** ● Tulburare perceptivă legată de leziunile cerebrale localizate, descrisă de autorii al căror nume il poartă in 1928, constind in lipsa de reacţie faţă de stimuli algici. Reflexele de apărare sint absente. Este insoţită de elemente apraxice.

926. **STENGER**$^{(T)}$ **test** ● Test utilizat pentru identificarea simulării surdităţii unilaterale.

927. **STENICĂ — stare** (cf. gr. *sthenos* „putere") ● Stare psihică caracterizată prin senzaţia subiectivă de plenitudine a forţelor psihice şi fizice, de energie şi forţă. Este una din componentele stării de sănătate, dar poate apărea la dimensiuni exacerbate in situaţii patologice : beţia acută (alcool, droguri), euforia din sindroamele hipomaniacale sau maniacale, psihozele paranoiace sau parafrenice cu componentă afectivă euforică, unde este susţinută de creşterea (anormală) a nivelului instinctiv-afectiv.

928. **STENIC — tip de personalitate** ● Personalitate echilibrată, in special sub aspect afectiv, in sensul că influenţele exterioare nu provoacă reacţii puternic impregnate emoţional. Este personalitatea care, la stres, reacţionează printr-o atitudine echilibrată (manifestă rezistenţă), fără amplificarea intensităţii situaţiei stresante şi a consecinţelor acesteia.

Calitatea de stenic se atribuie, in general, unei persoane (personalităţi) normale, care se adaptează la real prin dozarea efortului, cu eficienţă optimă. Sub aspect psihopatologic, opuse personalităţii stenice sint personalităţile nevrotice şi dizarmonice, deci toate acele personalităţi la care elementele morbide acţionează fie in sens dezadaptativ, fie in sens destructurant.

929. **STENOPLASTIC** (cf. gr. *sthenos* „forţă, vigoare" ; *plastikos* „care este modelat") ● Tip constituţional care contrastează cu euriplasticul din sistemul de clasificare al lui BOUNACK şi corespunde, in linii mari, cu astenicul din clasificarea lui KRETSCHMER şi cu microsplanhnicul hipervegetativ din clasificarea lui PENDE (→ TIPOLOGIE).

930. **STENSOLO**$^{(M)}$ Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic → sin. MEPROBAMAT$^{(M)}$ România.

931. **STERAZIN**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic → sin. TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$ România.

932. **STERCORAR** (cf. lat. *stercus* „murdărie") ● Perversiune sexuală in care satisfacţia erotică este obţinută prin contemplarea, manevrarea sau simpla evocare a materiilor fecale, asociată uneori cu masochismul. Nu trebuie confundată cu manifestările de acelaşi tip ale oligofrenilor gravi, dementilor sau psihoticilor, in cazul cărora nu este urmărită obţinerea satisfacţiei erotice.

933. **STEREOELECTROENCEFALOGRAFIE** (cf. gr. *stereos* „solid" ; *elektron* „chihlimbar" ; *enkephalos* „creier" ; *graphein* „a scrie") ● Metodă de explorare bioelectrică a unor structuri corticale sau profunde, reperate anatomic prin metoda stereotaxică, putindu-se realiza astfel o imagine tridimensională a activităţii bioelectrice a anumitor structuri cerebrale. Electrozii sint alcătuiţi din 5—7 fire subţiri (10—30 microni diametru), de diferite lungimi, din oţel, aur sau platină.

In explorarea acută, cu durată de citeva ore, se utilizează 10—15 electrozi, obţinindu-se un volum mare de informaţii ; in explorarea cronică, care poate dura 2—3 săptămîni, se utilizează 3—5 electrozi, putîndu-se evidenția crizele comițiale spontane sau manifestărilor bioelectrice din timpul somnului.

Metoda se utilizează în mod deosebit pentru :

- localizarea spațială a structurilor cerebrale pe care urmează să se efectueze intervenția stereotaxică, metodă terapeutică utilizată în tratamentul chirurgical al diskineziilor, în special parkinsoniene, al durerilor violente ireductibile, al dizarmoniilor grave sau psihozelor rebele la tratament medicamentos (→ PSIHOCHIRURGIE) ;
- localizarea focarelor epileptogene în epilepsiile operabile care nu se pretează la investigații electrocorticografice.

Dezavantajele metodei constau în producerea de artefacte prin stimularea unor formațiuni nervoase în timpul introducerii electrozilor, reacții tisulare locale determinate de electrozi, necunoașterea încă precisă a aspectului traseelor culese la nivelul diferitelor structuri nervoase profunde.

934. **STEREOELECTROENCEFALOGRAMĂ** (cf. gr. *stereos* ; *elektron* ; *enkephalos* ; *gramma* „/în/scriere") ● Inregistrarea biocurenților în urma stereoelectroencefalografiei (→) pe un suport material (hîrtie, bandă magnetică).

935. **STEREOGNOSTICE$^{(H)}$ halucinații** (cf. gr. *stereos* ; *gnostikos* „referitor la cunoaștere") ● Halucinații tactilokinetice, descrise de J. RAVKIN (în 1940), constînd în senzația subiectului că ar avea în mînă (de obicei în dreapta) obiecte de care încearcă să se folosească.

Apar în reacțiile psihotice, pe fundalul unor tulburări de conștiință de tip cantitativ sau confuzo-onirice, intricîndu-se cu alte tulburări de schemă corporală și halucinații psihice elementare.

936. **STEREOGNOZIE** (cf. gr. *stereos* ; *gnosis* „cunoaștere") ● Funcția de identificare a calităților geometrico-spațiale prin intermediul analizatorului tactil, fără participare vizuală.

Funcția stereognozică este realizată de lobul parietal astfel încît orice proces care lezează aceste zone emisferice determină diferite forme de astereognozie.

937. **STEREOPSYCHE** (cf. gr. *stereos* ; *psyche* „suflet") ● Termen folosit pentru desemnarea unor manifestări motorii din schizofrenie cum sînt posturile catatonice și manierismele (STORCH). În opinia lui STORCH, aceste tipuri „arhaice" de motilitate își au originea în straturi mai profunde ale „aparatului motor" după dezintegrarea Eului. Ele indică o percepere indistinctă a obiectelor, limite difuze ale Eului și o profundă ambivalență față de obiectele realității. Conform acestei teorii, poziția fetală a catatonicilor ar reprezenta în general o expresie motorie a vieții intrauterine.

938. **STEREOTIP$^{(D)}$ delir** (cf. gr. *stereos* ; *typos* „semn") ● Deliruri pe care C. PASCAL le socotește caracteristice tabloului clinic al demenței precoce și care se remarcă prin lipsă de sistematizare, fixitate, repetiție și monotonie a ideilor patologice.

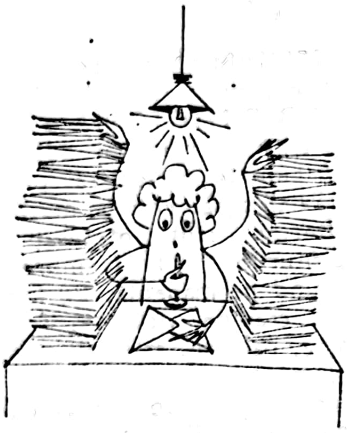
Ideile delirante se „subțiază" (MASSELON), sînt golite de tonalitate afectivă și sînt susținute fără convingere sau demonstrație logică și fără o armonizare comportamentală corespunzătoare.

939. **STEREOTIP DINAMIC** (cf. gr. *stereos* ; *typos*) ● Complex de reflexe condiționate care se desfășoară într-o anumită ordine, nemodificată pe toată durata cît stereotipul se păstrează. Această ordine a desfășurării reflexelor condiționate derivă din interconectare, din faptul că un reflex îl condiționează pe următorul. Ordinea în cadrul stereotipului dinamic este păstrată atît în ceea ce privește aplicarea stimulilor, cît și în apariția reacțiilor.

Stereotipul dinamic se realizează cu o intensă participare corticală (→ REFLEX CONDIȚIONAT) ; la nivel cortical se formează o „matriță funcțională" (POPESCU—NEVEANU) în așa fel încît primul stimul declanșează o reacție, aceasta devine în continuare stimul pentru o nouă reacție etc. Acest lanț de reflexe condiționate este controlat prin feedback, o primă reacție determinînd așteptarea unui alt stimul și pregătind reacția următoare. Realizarea stereotipului dinamic presupune învățare (elaborare și apoi consolidare), el putînd dispărea prin lipsa repetării. Dacă a fost consolidat, inversarea ordinii stimulilor sau înlocuirea lor cu stimuli neutri nu influențează caracterul și ordinea reacțiilor. Acest aspect poate fi interpretat în sensul că după consolidare realizarea unui stereotip dinamic nu mai implică participarea corticală. PAVLOV considera stereotipul dinamic drept baza pe care se creează deprinderile, configurațiile logicii, sentimentele etc.

940. **STEREOTIPE$^{(H)}$ halucinații** — sin. **STABILE$^{(H)}$ halucinații** ● Model halucinator care se repetă la același subiect.

941. **STEREOTIPIE** ● Atitudini motorii, expresii verbale caracterizate prin fixarea într-o anumită formă statică sau repetitivă ce se prelungește nedefinit, inutil și neadaptat circumstanțelor.



Ca tulburări ale activității, ele sînt clasificate, după POROT, în :

- stereotipii de atitudine (catatonia) — subiectul păstrează timp îndelungat o anumită poziție, uneori bizară, imposibil de realizat în stare normală datorită oboselii care survine ; ca atitudini particulare se citează „perna psihică", poziția în „cocoș de pușcă" etc. ;
- stereotipii ale gesturilor — frecarea genunchilor, suflarea nasului, scrîșnitul dinților, smulgerea firelor de păr — gesturi repetate fără un scop anume ;
- stereotipii ale actelor mai complexe : balansarea continuă din clino— în ortostatism și invers, parcurgerea unui anumit traseu, practicarea unui anumit ritual pentru masă sau pentru baie, toate cu caracter iterativ și neadecvat ;
- stereotipii verbale — repetarea frecventă a unui cuvînt sau a unui grup de cuvinte.

Caracteristicile comune ale tuturor acestor tipuri de stereotipii sînt fixitatea, durata, identitatea, inutilitatea, inadecvarea lor la situația respectivă.

Afectarea motilității sub forma stereotipiilor se întîlnește în multiple afecțiuni psihice :

- psihoze cronice — în schizofrenia catatonică stereotipiile sînt foarte frecvente și cele mai bizare (de la manifestări gestuale pînă la atitudini catatonice, manierisme ciudate, mimică fijată) ; în delirurile cronice sistematizate, stereotipiile își pot avea originea într-un gest de apărare sau într-o semnificație simbolică ;
- în demențele organice (boala Pick), encefalită, sindrom pseudobulbar, arterioscleroză, sindrom parkinsonian — stereotipii de mișcare sau verbale, caracterizate prin repetitivitate ;
- în oligofrenie (idioție) — mișcări stereotipe sărace, monotone ;
- paralizia generală, meningite cronice — deglutiții, scrîșnitul dinților, masticații, stereotipii verbale.

942. **STEREOTIPIE GESTUALĂ** — sin. AUTOECOPRAXIE → STEREOTIPIE.

943. **STEREOTIPIE VERBALĂ** — sin. AUTOECOLALIE → STEREOTIPIE.

944. **STERIUM**$^{(M)}$ Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efecte hipnotice, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele NAPOTON$^{(M)}$.

945. **STERN William** (1871—1938) ● Filozof, psiholog și pedagog german, cunoscut ca unul din fondatorii psihologiei aplicate în Germania. Este autorul unor importante lucrări în domeniul psihologiei copilului (pe linia lui BINET și NEUMANN) și creatorul termenului de „cotient mintal", semnificînd raportul dintre vîrsta mintală (măsurată pe baza testelor) și vîrsta reală a unui individ (termenul va fi ulterior înlocuit cu cel de cotient intelectual de către TERMAN).

STERN a desfășurat o bogată activitate didactică în calitate de profesor la universitățile din Breslau (1908—1916) și Hamburg (1916—1933), apoi la Duke University și Harvard, în SUA, unde va emigra după 1933.

Printre lucrările reprezentative pot fi enumerate „Persona und Sache" (1906—1924) ; „Psychologie der frühen Kindheit" (1914) ; „Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen" (1916) ; „Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage" (1935).

946. **STERN**$^{(B)}$ **boală** ● Boală degenerativă care apare în presenium, extrem de rară, descrisă de STERN în 1939 ; este caracterizată prin atrofia bilaterală a nucleilor talamici, care generează următoarea simptomatologie : dispariția reacției pupilare la lumină, exagerarea reflexelor de apucare, demență progresivă.

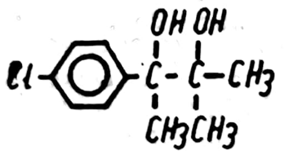
947. **STERN^{S} simptom** ● Simptom ce apare după traumatismele craniocerebrale, descris de STERN în 1897, constînd în scăderea periodică a capacității funcționale a scoarței cerebrale. Clinic se manifestă atît prin tulburări psihice (scăderea capacității intelectuale, tulburări mnestice, tulburări de vorbire), cît și prin tulburări neurologice (hipoestezie, pareze, ataxie musculară, reducerea acuității vizuale și a cîmpului vizual, hipoacuzie, anosmie). Aceste modificări pot fi însoțite de tremor al extremităților sau de crize jacksoniene. Sînt generate de tulburări de vascularizație.

948. **STERNBERG Erich** (1903—1980) ● Psihiatru rus de origine germană. A făcut studiile la facultatea de medicină din cadrul Universității Humbold, unde a fost elev al lui BONHÖFFER, REISS, KRONFELD.

În 1933 a emigrat din Germania nazistă în Uniunea Sovietică. Este fondatorul gerontopsihiatriei ruse. Acestui domeniu îi va dedica majoritatea lucrărilor sale, printre care: „Clinica demenței vîrstei înaintate" (1967), „Schizofrenia la vîrsta înaintată" (1972), „Psihiatrie gerontologică" (1977) etc. A avut preocupări deosebite și pentru psihopatologie, domeniu în care în 1973 și 1974 a publicat două volume.

949. **STERTZ^{S} simptom** ● Patologie de tip organic cu caracter tranzitoriu și periodic, descrisă de STERTZ în 1911 ; constă în apariția unor scurte pareze ale extremităților și a unor episoade afazice. Apare în arterioscleroza cerebrală.

950. **STESIL$^{(M)}$** Italia — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip



2-(p-clorofenil)-3-metil-2,3-butandiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă ; este considerat un bun tranchilizant de zi.

951. **STESOLID$^{(M)}$** Elveția, Suedia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

952. **STEWART-GRIEG-MOREL$^{(S)}$ sindrom** — sin. ACHARD-THIERS$^{(S)}$ sindrom ; CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ ; MOREL$^{(S)}$ sindrom ; MORGAGNI$^{(B)}$ boală ; STEWART-MOREL$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MORGAGNI-STEWART-MOREL$^{(S)}$ sindrom.

953. **„STIFFMAN"$^{(S)}$ sindrom** — sin. MIOSPASTIC$^{(S)}$ sindrom ; OM ÎNȚEPENIT$^{(S)}$ sindrom ; SPINDLE MYOTONIA ● Sindrom întîlnit mai ales la bărbatul adult. Debutul constă în rigiditate musculară, predominantă la mușchii axiali și/sau crampe musculare dureroase. Ulterior, sînt interesați, simetric, mușchii centurilor și ai membrelor, rigiditatea devenind permanentă. Pe fondul hipertoniei apar crampe violente, favorizate de zgomot, frig, palpare, stări emotive. Uneori, din cauza contracturilor intense, bolnavul prezintă poziții vicioase (varus equin, mînă de mamoș etc.). În alte cazuri, prin implicarea mușchilor respiratori, apar dificultăți de ventilație pulmonară. Contractura dispare în somn, în anestezia generală și rahianestezie și se ameliorează după infiltrația procainică a nervului și curarizare. Diazepamul este foarte eficient.

EMG relevă o activitate bioelectrică continuă, cu potențiale de unitate motorie normale. Biopsia musculară este de asemenea normală. Deși diagnosticul sindromului este facilitat de aspectul clinic sugestiv, spasmele trebuie diferențiate de cele întîlnite în mielopatii, spasmul de torsiune, glicogenoza Mc. Ardle, tetanie, nevroze motorii.

Etiologia sindromului rămîne încă obscură, deși în patogenia sa este incriminată hiperactivitatea sistemului motor gamma (examenul microscopic al trunchiului cerebral și măduvei spinării evidențiază modificări de tip encefalomielitic).

Sindromul a fost descris în 1956 de MOERSCH și WOLTMAN.

954. **STIGIOFOBIE$^{(F)}$** (cf. gr. *Styx* — fluviu din infern, infern ; *phobos* „frică") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HADEFOBIE$^{(F)}$.

955. **STIGMAT** (cf. gr. *stigma* „înțepătură, semn cu fierul înroșit") ● În accepțiune medicală, semn clinic obiectiv, considerat a releva în mod specific existența unei anumite stări morbide. Termenul a cunoscut o deosebită vogă în secolul al XIX-lea, fiind legat de teoria degenerării elaborată de MOREL (care l-a introdus în limbajul psihiatric). Ideile lui MOREL reluau de fapt concepții mai vechi,

după care corpul traduce calitățile sufletului, apărute sub o formă „sublimată" in teoria frenologică a lui GALL.

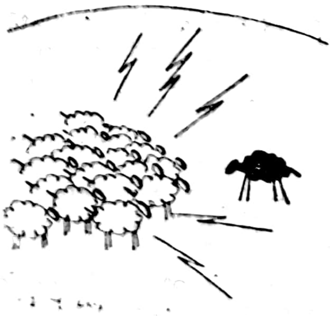
MAGNAN a precizat conținutul termenului, distingind stigmate morale (intirziere intelectuală sau afectivă, inadaptare socială) și stigmate fizice (atrofii, hipertrofii sau distrofii). El a arătat in 1895 că degenerescența se traduce prin „stigmate permanente și esențialmente progresive, in afara regenerării intercurente".

LOMBROSO va relua argumentul stigmatizării pentru a-și construi celebra sa teorie (prea puțin științifică) asupra antropologiei criminale. În lucrarea sa „Uomo criminale", el identifică pentru așa-numitul „criminal innăscut" o serie de stigmate „sigure", printre care asimetria facială, prognatismul, dispunerea și frecvența pilozității faciale, dezvoltarea exagerată a pomeților etc. Căzută in desuetitudine pentru lumea științifică, această teorie nu a fost insă uitată de publicul larg.

Teoria stigmatelor a putut imbrăca aspecte profund negative in plan socio-politic, fiind folosită ca „argument științific" de unele ideologii. Mai mult, sub o formă „elevată" sociobiologia contemporană incearcă transpunerea „stigmatelor" la nivel genetic, pentru a dovedi inegalitatea biologică a indivizilor.

În prezent, accepțiunea termenului este mult restrinsă, recunoscindu-se că anumite aspecte morfologice sint corelate cu o anumită simptomatologie fizică in cazul mongoloidismului, malformațiilor craniene, endocrinopatiei, facomatozei, debilității mintale etc.

956. **STIGMATIZARE** (vezi *stigmat*) ● Fenomen controversat și incă neelucidat, care constă din apariția unor leziuni fizice in absența oricăror factori de agresiune, in cursul stărilor de transă, de meditație a asceților, „profeților", celor cuprinși de extaz mistic. Caracterul și localizarea leziunilor ar corespunde rănilor pe care divinitatea, al cărei adept este cel ce-și provoacă aceste leziuni, le-a suferit in cursul existenței ei telurice (pot avea același aspect ca rănile lui Cristos in urma torturii, sau ca cele pe care Mahomed le-a căpătat in lupte).



Seria celor astfel stigmatizați a fost deschisă de Sfintul Francisc din Assiese (1224), după care au urmat aproximativ 30 de cazuri in secolul al XIII-lea, 23 in secolul al XIV-lea, 60 in secolul al XVI-lea, 120 in secolul al XVII-lea, 30 in secolul al XVIII-lea și nici chiar secolul al XX-lea nu este scutit de apariția acestor cazuri. Cei astfel stigmatizați și acoliții lor susțin intervenția divinității. În realitate, dacă este vorba de o anumită intervenție in unele cazuri, ea se inscrie in sfera unor fapte care vizează escrocheria, mai mult sau mai puțin rafinată, automutilarea, pantomima reușită la care recurg psihopații perverși pentru a impresiona grupul acoliților creduli.

Stigmatizarea atrage și atenția psihiatrilor, unii autori fiind adepții teoriei „ideoplastice", conform căreia printr-o puternică concentrare mintală pot fi provocate modificări vasculare, astfel incit să se producă singerarea, fenomen care ar fi caracteristic isteriei (G. de la TOURETTE). BABINSKI și BERNHEIM, in urma multiplelor experimente efectuate, au demonstrat imposibilitatea producerii acestor leziuni la isterici.

957. **STIL** (cf. lat. *stilus* „condei") ● Mod particular de expresie, utilizare originală a mijloacelor de comunicare.

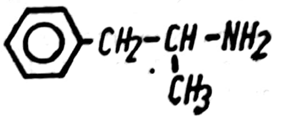
In diferite domenii ale științelor social-umaniste, termenul este utilizat in accepțiuni specifice.

● În estetică, stilul se referă la irepetabila ingemănare intre conținut și formă prin care se instituie un mesaj artistic propriu unei epoci, unui curent literar, plastic, muzical etc. sau unei personalități artistice, a cărei puternică individualitate se afirmă in opere originale, trădind o sensibilitate, o viziune și un „meșteșug" aparte, de neregăsit aidoma la ceilalți creatori de frumos.

● În filozofia culturii, stilul este o categorie structurantă a spiritualității caracteristice diferitelor arii culturale și epoci istorice ; greu de surprins și de definit pe deplin riguros, stilul cultural se infățișează ca un vector al vieții spirituale, ce dinamizează toate sferele de creație culturală, oricit de diverse, constituindu-se intr-un factor de omogenitate, articulat intr-un ansamblu unitar de simboluri arhetipale, multiplicate in ipostazele cele mai diverse : categorii ontologice, strategii epistemologice, ierarhizări etico-axiologice, valori estetice etc. — toate laolaltă fiind expresii ale unei viziuni specifice asupra lumii și a sufletului omenesc, prin care o anumită comunitate își afirmă identitatea spirituală. În filozofia românească, Lucian BLAGA a elaborat o interesantă (deși, in unele privințe discutabilă) teorie a stilurilor culturale, diferențiate in funcție de reprezentările abisale ale spiritualității — reprezentări sădite de o cauzalitate insondabilă, in adincurile inconștientului colectiv; specificul spiritualității românești și-ar găsi, după cum susține BLAGA, paradigma sau matricea constituantă in intuiția spațiului ondulat (numit de filozoful român „spațiu mioritic").

● Stilul de viață al unor comunități sau indivizi constă în trăsăturile particulare ale psihologiei, comportamentului și habitudinilor acestora, care definesc un mod specific de raportare față de lume, reliefind, in fiecare caz in parte, alte invariante accentuate in structurile vieții cotidiene.

958. **STIL-2**$^{(M)}$ Spania — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicată in combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea sa in doze repetate poate duce la dependență.



959. **STIL COGNITIV** ● Modalitate de percepție și activitate intelectuală specifică unei persoane. Stilul cognitiv a intrat în sfera de preocupări a psihologiei ca urmare a cercetărilor asupra diferențelor individuale. Cu această ocazie s-a observat că indivizii se deosebeau între ei, nu numai prin aptitudinile sau trăsăturile de personalitate, ci și prin modul în care abordau o sarcină experimentală (de obicei, de natură perceptuală). Această modalitate de abordare, specifică fiecărui subiect, a fost denumită la început, în mod diferit: strategie alternativă, structură mintală sau principii de control cognitiv (TYLER 1973). Ulterior, s-a impus termenul de stil cognitiv, acceptat de majoritatea psihologilor. După identificarea stilului cognitiv ca variabilă a diferențelor individuale, un pas înainte au făcut psihologii care au considerat că acesta implică, pe lingă aspectele cognitive, și anumite calități de personalitate. Ei au corelat rezultatele obținute la testele de evaluare a stilului cognitiv cu cele obținute la testele de personalitate, reușind să demonstreze că stilul cognitiv este un concept descriptiv pentru întreaga personalitate, cu modurile ei specifice de manifestare. În consecință, stilul cognitiv desemnează maniera de a gindi și a se comporta caracteristică unei persoane.

Pină acum, a fost pus în evidență un număr destul de mare de stiluri cognitive, dintre care menționăm:

● Dependența-independența de cimp. Persoanele dependente de cimp percep o situație in mod global, ca un întreg, fără să încerce să o analizeze. Ele se conformează normelor și standardelor sociale, insușindu-și cu ușurință părerile și atitudinile altora. Asemenea persoane sint sociabile, dar acceptă societatea in mod pasiv, avind un mod de reacție intuitiv. Ca mecanisme de apărare împotriva anxietății, folosesc refularea și negarea. Persoanele independente de cimp au o percepție analitică, sint active in plan social, dar conștiente și de trăirile lor interne. Ca mecanisme de apărare, folosesc intelectualizarea sau izolarea.

● Impulsivitate-reflectivitate. Stil cognitiv care definește modul de reacție a copiilor la diferite sarcini sau situații. Impulsivii sint mai rapizi in decizii, alegind prima alternativă care le vine in minte. Reflexivii au reacții mai lente, își amină răspunsurile, căutind dintre mai multe alternative pe cea optimă.

Stilului cognitiv nu i se poate da un calificativ de bun sau rău, el descriind o modalitate specifică de recepționare și prelucrare a informației, ca expresie a modului de structurare a personalității.

960. **STIL DE CONDUCERE** ● Strategie de transpunere în plan comportamental a exigențelor statutului de conducător, modalitate de a indeplini acest rol social. Stilul de conducere are puternice implicații in toate aspectele vieții de grup, influențind performanțele, relațiile, motivațiile, climatul etc.

Prima încercare de abordare experimentală a stilului de conducere aparține lui L. LEWIN și colaboratorilor săi (WHIT și LIPIT — 1933). Ei au diferențiat trei stiluri de conducere: autoritar, democratic. liber sau „laissez faire". Fiecare stil de conducere generează un anumit climat psihosocial. Astfel, stilul autoritar, induce, datorită presiunii exercitată de lider, tensiune, frustrare, traduse in plictiseală, apatie, nemulțumiri sau chiar ostilitate și agresivitate. Stilul democratic creează raporturi optime de interacțiune între subiecți și sarcină, dezvoltind un climat socio-afectiv plăcut, stimulator, de încredere; stilul liber duce la eficiență scăzută, într-o atmosferă destinsă, neangajantă.

Discordanțele mari între stilul de conducere, respectiv, climatul psihosocial generat de acesta, și particularitățile psihice individuale ale membrilor grupului, constituie factori stresanți, ce se pot situa uneori la originea unor decompensări psihice.

În psihoterapiile de grup se practică, de obicei, stilul de conducere democratic.

961. **STILLER-HARTSHORNE$^{(S)}$ sindrom**—sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE; CORD IRITABIL; INIMA SOLDATULUI; NEVROZĂ CARDIACĂ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ; SINDROM DE HIPERVENTILAȚIE; TULBURAREA REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DA COSTA$^{(S)}$ sindrom.

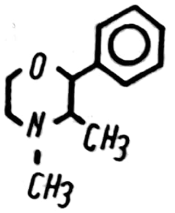
962. **STILLER$^{(S)}$ sindrom** ● Încercare făcută de STILLER (1907) de a descrie „astenia universalis" sau astenia constituțională, grupînd totalitatea simptomelor constituționale: conformație leptosomică, torace îngust, coaste în evantai, hipotrofie musculară, paliditate a pielii, cord „în picătură", splanhnoptoză, turgor redus, și a celor funcționale: astenie, labilitate emoțională, fatigabilitate.

963. **STILLON$^{(MC)}$** Grecia ● Produs farmaceutic ce conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează:

- MEPROBAMAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic;
- OXAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă și miorelaxantă.

964. **STIM-35$^{(M)}$** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, în timpul sarcinii, în comițialitate.



965. **STIMDEX$^{(M)}$** SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N,α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

966. **STIMOLAG FORTIS$^{(M)}$** Elveția — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent de tip α, α-difenil-2-piperidenmetanol, indicat în astenie, în preinvoluție, tulburări de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului alimentar. Se poate administra în timpul sarcinii și la vîrstnici.

967. **STIMU-T.S.H.$^{(M)}$** Franța — DCI *Protirelin* ● Psihotrop cu acțiune ușor antidepresiv-timoleptică, de tip 5-oxo-L-prolil-L-histidil-L-prolinamidă, utilizat și în diagnosticul diferențial al disfuncției tiroidiene.

968. **STIMUL$^{(M)}$** Belgia, Elveția, Germania — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

969. **STIMUL** (cf. lat. *stimulus*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EXCITANT.

970. **STIMULAN$^{(M)}$** Japonia — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STIMOLAG FORTIS$^{(M)}$ Elveția.

971. **STIMULARE LUMINOASĂ INTERMITENTĂ (SLI) — EEG** ● Metodă de stimulare constînd în emiterea de semnale luminoase cu durată și intensitate variabile, de obicei cu frecvențe cuprinse între 1–50 c/s (→ ACTIVARE).

972. **STIMULARE SONORĂ INTERMITENTĂ (SSI) — EEG** ● Metodă de stimulare constînd în emiterea de sunete sau zgomote cu durată și intensitate variabile, de obicei, cu frecvențe cuprinse între 1–50 c/s (→ ACTIVARE).

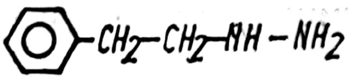
973. **STIMULATOR CARDIAC — tulburări psihice** ● O parte dintre bolnavii nevoiți să poarte stimulatoare cardiace intracorporale (pacemakers) pot prezenta tulburări psihice, a căror intensitate și coloratură diferă în funcție de personalitatea premorbidă a subiectului și de timpul scurs de la implantul aparatului.

În prima fază se manifestă o oarecare teamă legată de faptul că „aparatul" nu ar funcționa corespunzător sau că ar putea să se defecteze. De asemenea, s-au semnalat idei de autodevalorizare la persoanele care se consideră dependente de un dispozitiv. Anxietatea se reduce cu timpul, iar controalele de rutină la care este supus bolnavul ii sporesc increderea in această „minune tehnică".

Studii riguroase au demonstrat că numai 5% dintre pacienţii cu stimulatoare cardiace au reacţii care ating nivelul psihotic. Bolnavii care au avut anterior suferinţe funcţionale indelungate acceptă cu mai multă uşurinţă implantul. De asemenea, sentimentul de dependenţă se estompează mai rapid la acest grup. O psihoterapie de susţinere este uneori indicată.

974. **STIMULOL(M)** Olanda — DCI *Pemolină* sin. ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat → STIMUL(M) Germania.

975. **STINERVAL(M)** SUA — DCI *Fenelzină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip fenetilhidrazină, indicat in depresii inhibate. Este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea) ; nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente şi antidepresive timoleptice, necesitind o pauză de 14 zile. Contraindicaţiile sint, in general, cele ale timolepticelor → IMAO.



976. **STINGERE — inhibiţie de** ● Termenul de inhibiţie presupune, in fiziologie, incetarea reversibilă a activităţii unor structuri biologice, fără alterarea morfologiei lor.

La nivelul sistemului nervos central, inhibiţia este un fenomen fiziologic fundamental care, alături de excitaţie, caracterizează starea funcţională a diverselor structuri nervoase. Noţiunea a fost introdusă de PAVLOV in legătură cu stingerea reflexelor condiţionate. Acestea se sting dacă stimulul condiţionat nu este intărit in timp prin aplicarea stimulului absolut, reflexul condiţionat menţinindu-se atit timp cit stimulul semnalizează cortexului o anumită modificare la care organismul trebuie să se adapteze.

Inhibiţia de stingere face parte din inhibiţia internă, condiţionată sau activă, caracteristică scoarţei cerebrale. Orice legătură temporară stabilită la nivel cortical se stinge dacă nu este intărită. Condiţionarea pavlovistă fiind unul dintre mecanismele invăţării, in plan psihologic, inhibiţia de stingere ar sta al baza procesului de uitare.

977. **STIVANE(M)** Franţa, Spania — DCI *Pirisudanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanolic de tip 2-(dimetilamino)etil/5-hidroxi-4-(hidroximetil)-6-metil-3-piridil/metil succinat, cu acţiune psihostimulentă, prin creşterea concentraţiei de acetilcolină, şi valenţe antidepresive. Se poate utiliza in corectarea efectelor secundare ale neurolepticelor sedative ; are acţiune proconvulsivă.

978. **STÎNGAGI** ● Desemnează subiecţi cu lateralitate sau dominanţă stingă, cu tendinţa spontană de a folosi mina sau piciorul sting in activităţi in care indivizii cu dominanţă dreaptă utilizează preponderent sau exclusiv mina sau piciorul drept.

Noţiunea de asimetrie funcţională a emisferelor cerebrale explică fenomenul de lateralitate.

Măsurile instructiv-educative aplicate acestei categorii minoritare de subiecţi trebuie să utilizeze educarea ambidextriei şi nu contrarierea absolută a tendinţei naturale, ereditare a subiectului. La stingaci, performanţele realizate la scris cu mina dreaptă nu vor egala niciodată performanţele potenţiale ale miinii stingi, iar contrarierea lateralităţii stingi poate avea ca efect o serie de tulburări ca : dislexia, disgrafia, dislalia, balbismul, lentoarea, ticuri, crampe, tulburări mnezicoprosexice.

Trebuie să se ţină cont, de asemenea, că subiecţii aparţinind acestei categorii sint subiecţi normali şi nu deficienţi. Tratarea dominanţei stingi ca deficienţă induce trăiri de inferioritate, urmate de eventuale tulburări psihice.

979. **STÎNGĂCIE** ● Lipsă de indeminare, de abilitate in comportare, in acţiune, intr-o anumită situaţie ; poate caracteriza comportamentul motor (dificultăţi de coordonare motorie) sau conduita, in general (mai ales cind se leagă de raportul dintre atitudine şi adresabilitate).

Această atitudine este specifică persoanelor timide, care nu se simt in largul lor in diferite situaţii, putind fi şi efect al unui sentiment de inferioritate.

980. **ST. LOUIS — isterie** ● Denumire sub care mai este cunoscut sindromul Briquet (descris de BRIQUET, in 1859, şi de SAVILL, in 1909), datorată şcolii de la St. Louis, care l-a preluat şi studiat (→ BRIQUET(S) sindrom).

981. **STOBETIN(M)** Polonia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acţiune anxiolitică, cu valenţe

psihostimulente şi adrenolitice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETA-BLOCANTE.

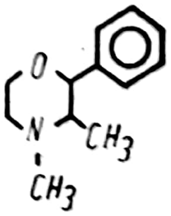
982. **STOCARE** (cf. engl. *stock*) ● Funcţie a memoriei. Capacitate psihofiziologică de fixare prin memoria de lungă durată a unei cantităţi anumite de informaţie (recepţionată şi prelucrată într-un interval de timp dat) şi de conservare pentru o bună evocare (P. POPESCU-NEVEANU).

Stocarea presupune o prealabilă schimbare de cod (→ MEMORIE).

983. **STOCHASTIC** (cf. gr. *stokhastes* „ghicitor") ● Proces, fenomen in a cărui desfăşurare intervine şi se manifestă intimplarea. Fazele, stările unui proces, in determinarea căruia intervin foarte multe cauze, conferindu-i o structură complexă, nu pot fi prevăzute cu certitudine, apariţia unei anumite stări fiind determinată de combinaţia mai mult sau mai puţin intimplătoare a mai multor cauze. Calculul probabilităţilor oferă modele matematice de predicţie (cu un anumit coeficient de eroare) a apariţiei unei anumite stări a procesului. Fenomenele biologice şi, intr-un grad şi mai inalt, fenomenele psihice sint considerate, din acest punct de vedere, stochastice.

984. **STOCK-SPIELMEYER-VOGT**(B) **boală** — sin. BATTEN-MAYOU(B) boală ; OATMAN(B) boală ; SPIELMEYER-STOCK(B) boală ; VOGT-SPIELMEYER(B) boală $\xrightarrow{\text{sin}}$ BATTEN-SPIELMEYER-VOGT(B) boală.

985. **STODEX**(M) SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat in astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate



secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală ; este contraindicat in stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.

986. **STOICISM** (cf. gr. *stoikos*, de la *stoa* „portic") ● Doctrină filozofică in gindirea antică ; vechiul stoicism, intemeiat de ZENON din Citium in sec. al IV-lea i.e.n., la Atena, şi continuat de CLEANTES şi CHRYSIPPOS, a dăinuit in lumea elenistică şi romană pină in secolul al VI-lea, ultimii săi reprezentanţi proeminenţi fiind SENECA, EPICTET, MARC AURELIU. Posteritatea a fost, pină de curind, nedreaptă cu aprecierea gindirii primilor stoici ; ontologia lor panteistă, cu nuanţe materialiste, şi gnoseologia lor senzualistă au fost eclipsate de eticismul fatalist al stoicismului tîrziu, a cărui tentă idealist-religioasă stă in vădită consonanţă cu morala creştină ; pe de altă parte, autoritatea silogisticii aristotelice a pus in umbră contribuţiile logice deosebit de valoroase ale primilor stoici, precursori ai calculului propoziţional. Secolele creştine au conservat doctrina stoică tirzie, din timpul Imperiului roman, concentrată pe o problematică precumpănitor etică, gravitind in jurul condiţiei ideale a inţelepciunii pe fondul unei viziuni fataliste, care preamăreşte rolul destinului implacabil, instituit şi controlat de divinitate ; stoicismul roman exaltă datoria morală, formulind un concept negativ al libertăţii : inţeleptul se supune destinului, impăcindu-se in meditaţie cu tot ceea ce i-a fost destinat, stăpinindu-şi afectele, pulsiunile şi ambiţiile deşarte, găsind in seninătatea contemplativă supremă satisfacţie şi resortul tăriei sale interioare.

Intrat şi in limbajul relativ comun, cu o semnificaţie mai generală, termenul defineşte conduita morală caracterizată prin tărie de caracter, fermitatea şi rigoarea principiilor etice, susţinute de un echilibru sufletesc, netulburat de vicisitudinile vieţii.

987. **STORIN**(M) Coreea — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile neurolepticelor incisive (endogenii), dar este util şi in combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi in afecţiuni psihosomatice. Pentru doze mari, efectele secundare sint comune cu cele ale neurolepticelor incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după intreruperea IMAO. Nu se administrează in manie şi epilepsie.

988. **STRACHAN**(B) **boală** ● Polinevrită de origine pelagroasă, descrisă de STRACHAN in Jamaica ; evoluează după tipicul polinevritelor carenţiale.

989. **STRANIETATE** (it. *stranietà*) ● Atribut al unei trăiri caracterizate prin sentimentul de irealitate, de bizar, care determină apariţia unui fond de nelinişte, teamă, aştep-

tare anxioasă. În forme extreme este întîlnită în trăirile bolnavului schizofren, mai ales în faza iniţială de dispoziţie delirantă, ulterior subiectul obişnuindu-se cu trăirile, care îi pot deveni chiar familiare. În forme atenuate, sentimentul de straniu al unei situaţii poate fi resimţit în stările de îngustare a cîmpului conştiinţei, o formă caracteristică fiind stările de vis (dreamy states) (→ SENTIMENT DE STRANIU).

990. **STRANSKY Erwin** (1877—1962) ● Psihiatru austriac, apropiat colaborator al lui WAGNER JAUREGG în clinica vieneză pe care o va conduce timp îndelungat. Lucrările sale sînt legate de clinica schizofreniei, în care propune termenul de „ataxie intrapsihică" (1914) şi de psihiatrie judiciară (a dedicat „delictului iniţial" o interesantă monografie).

991. **STRATEGIE TERAPEUTICĂ** (cf. fr. *stratégie*) ● Psihiatria este singura ramură a medicinii în care tratamentul trebuie aplicat chiar şi atunci cînd bolnavul nu şi-l doreşte (în limitele legii), cînd îl refuză categoric sau cînd este convins de inutilitatea lui; pentru „a face bine" în aceste cazuri, precum şi pentru a respecta principiul hipocratic „primum non nocere", este necesară cunoaşterea şi aplicarea unei veritabile strategii de manevrare a arsenalului terapeutic. Dacă internistului sau oricărui alt specialist îi este suficientă cunoaşterea arsenalului terapeutic caracteristic specialităţii sale pentru a-l aplica, psihiatrului, pe lîngă aceste cunoştinţe psihofarmacologice, îi este necesară şi stăpînirea unor tactici de convingere a pacientului, a unor metode extrem de variate, folosite în scopul transformării unui bolnav „non-compliant" într-unul bine şi corect tratat. Coronarianul, ulcerosul, hipertensivul etc. văd şansa lor în medicul curant şi în medicamente, îşi pun speranţe în terapeut şi îi urmează toate indicaţiile; pentru bolnavul psihic însă, medicamentul, pe lîngă efectele sale terapeutice, capătă şi o altă investitură: cea de *mesaj*, administrarea lui fiind un mod de comnicare interumană. Acest mod de a utiliza *mesajul* constituie arta strategiei terapeutice în psihiatrie.

În cazul nevroticului, acest învins prin abandon, medicamentul ca mesaj înseamnă securizare, încurajare, suportivitate; de aceea, nevroticului îi sînt administrate medicamente pentru simptome „ţintă" sau „la nevoie"; doar astfel medicamentul devine eficace. Am putea vorbi de o terapie de „sugestie armată" în care pacientul se simte securizat deoarece ştie că există medicamentul specific şi eficace pentru simptomatologia lui, pe care îl poate folosi în orice moment. În mare parte, în aceasta constă succesul anxioliticelor cu timp de înjumătăţire scurt; ele „asigură" bolnavul că, dacă anxietatea apare, ea poate fi imediat suprimată. Medicii, personalul medical de orice specialitate, sînt frecvent întrebaţi „pentru ce este" medicamentul respectiv şi răspunsul poate fi mai mult sau mai puţin evaziv, fără ca aceasta să impieteze efectul terapeutic propriu-zis al produsului administrat. Nevroticului însă, răspunsul trebuie să i se dea cu precizie, în funcţie de cunoştinţele sale pentru că, astfel, medicamentul-mesaj îşi întregeşte efectul şi prin autosugestia indusă de acest răspuns. (Psihostimulentele pot fi administrate „pentru putere" — la un bolnav cu un nivel cultural scăzut —, sau pentru „îmbunătăţirea metabolismului cerebral" — unui pacient cu un nivel cultural mai ridicat).

O importantă funcţie de mesaj o are şi disulfiramul (alături de celelalte efecte terapeutice): dacă acesta este administrat ca un mod de coerciţie, de puniţie, este puţin probabil că pacientul îl va lua; dacă însă i se spune că acest medicament îl va ajuta şi îl va susţine în efortul său voliţional de a rezista tentaţiei, complianţa va fi mult îmbunătăţită.

În ceea ce priveşte bolnavul depresiv, lipsit de încredere, convins de incurabilitatea bolii sale şi de inutilitatea medicaţiei, *mesaj* nu este medicamentul în sine (ce îşi exercită efectul antidepresiv, anxiolitic), ci gestul terapeutic al administrării: la început, practic, este singurul mijloc de comunicare între depresivul repliat în sine, cufundat în propria-i durere morală, şi lumea exterioară (reprezentată de personalul medical). Detaşat de realitate, depresivul ignoră ceea ce se petrece în jur; administrarea medicaţiei, ca gest terapeutic, prin persuasiune şi fermitate, cu înţelegere, compasiune, facilitează stabilirea ulterioară a contactului interuman, atunci cînd medicaţia îşi va face efectul. Administrarea medicaţiei cu o anumită ritmicitate este şi ea un mod de comunicare şi chiar o modalitate de a „forța" integrarea, prin stabilirea și respectarea unor reguli ale microgrupului intraspitalicesc.

Desigur că acest mesaj poate fi recepționat și „invers", mai ales de către delirantul „persecutat", pentru care medicamentul poate fi „dăunător", iar personalul care il administrează poate face parte din „complotul" care-l persecută ; in acest caz, bolnavul refuză tratamentul, mai ales că el nu are conștiința bolii. Cooperarea cu un astfel de bolnav, folosind argumente logice, este mai intotdeauna imposibilă. Din acest motiv, pentru a putea convinge bolnavul, se adoptă, am putea spune, un „compromis necesar" in care psihiatrul se poate folosi de un „fir" al construcției delirante, acceptind lucid și deliberat, pentru un scurt timp, o anume parte a delirului, creind astfel „fisura" necesară „spargerii zidului construcției delirante" (de exemplu, unui pacient care este convins că este iradiat, medicamentul „trebuie" administrat pentru a „ecrana radiația" etc.). Acest compromis necesar, urmare a principiului „non restraint", este desigur limitat in timp, psihiatrul adoptind o tactică de retragere abilă și subtilă, astfel incit să poată folosi din nou (atunci cind neurolepticele iși vor fi făcut efectul) contraargumentul rațional, cel al realității obiective.

Din cadrul oricărei strategii terapeutice destinate suferindului psihic nu trebuie să lipsească latura psihoterapeutică, din care medicul clinician va alege, in funcție de intensitatea și particularitățile tulburărilor psihice pe care le prezintă pacientul său, metodele cele mai adecvate. Acționind la nivelul relației terapeut-pacient, psihoterapie este, am putea spune, condiția primată necesară inceperii oricărui act terapeutic, in sensul in care ea vine in intimpinarea dorinței pe care o are pacientul de a se vindeca. Verbalizată sau nu, această „cerere de ajutor" pe care suferindul o adresează medicului psihiatru reprezintă „declanșatorul" unui șir de „reacții", format deopotrivă din raționamente și afecte, cu rol mobilizator in găsirea celei mai adecvate formule terapeutice.

Vizind fie simptomele, fie personalitatea bolnavului, psihoterapia se etalează pe un spectru larg, incepind de la simpla atitudine psihologică, pină la metode diferențiate, avind indicații și contraindicații specifice, necesitind o bună cunoaștere și experimentare din partea terapeutului care le practică.

Psihoterapia facilitează, acompaniază, completează sau continuă terapia biologică, poziție spre care converg astăzi aproape unanim specialiștii in domeniu. Astfel, noțiunea de strategie terapeutică reprezintă — după cum, de altfel, sugerează insăși denumirea — un ansamblu de măsuri complexe, variate, de a căror imbinare și succes final depinde alinarea suferinței pacientului și reintegrarea sa in familie, in societate.

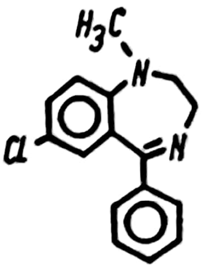
În acest sens, planul unei strategii terapeutice trebuie să preocupe atit medicul psihiatru din ambulator, cit și cel care lucrează intr-o unitate cu paturi, fiecăruia revenindu-i sarcini de durată mai lungă sau mai scurtă, dar integrate intr-o conceptualizare teoretică și practică unitară, ce va include și perioada de remisie a bolii, atunci cind trebuie menținut tratamentul de intreținere (→ COMPLIANȚĂ; TRATAMENT DE ÎNTREȚINERE).

O adevărată strategie trebuie adoptată, nu de puține ori, și față de familia bolnavului psihic : părinții, mai ales cei ai schizofrenului, refuză ei insăși existența acestei boli și psihiatrul trebuie să-i convingă și pe aceștia (nu numai pe bolnav) de necesitatea instituirii tratamentului și menținerii lui pe o perioadă indelungată.

Strategia terapeutică in psihiatrie implică nu numai cunoașterea arsenalului medicamentos, ci și stăpinirea perfectă a tacticilor de obținere a colaborării pacientului și familiei acestuia, tactici care, la rindul lor, necesită o mare maleabilitate și o imensă disponibilitate afectivă față de bolnav. Psihiatrul nu este numai terapeut, el devine un „avocat" al condiției umane aflate in suferință.

992. **STRATEGII DE EVITARE** → METODE DE APĂRARE.

993. **STRATIUM**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică, cu o singură contraindicație — miastenia.



994. **STREFOSIMBOLIE** (cf. gr. *strephein* „a intoarce"; *symbolon* „semn, marcă") ● Percepție răsturnată, in oglindă, a obiectelor sau simbolurilor grafice, care apare la unii subiecți cu afecțiuni ale emisferului dominant, astfel incit imaginile vizuale venite spre ambele

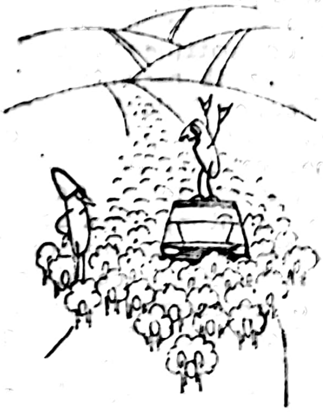
emisfere nu sint clar diferenţiate, iar engramele orientate simetric in direcţii opuse sint confuze (b ↔ d ; p ↔ q). ORTON, creatorul termenului, consideră că la baza unor dislexii ar sta strefosimbolia.

995. **STRESAM$^{(M)}$** Franţa — DCI *Etifoxină* ● Tranchilizant cu o structură chimică particulară, de tip 6-cloro-2-(etilamino)-4-metil-4-fenil-4H-3,1-benzoxazină, cu acţiune anxiolitică, sedativă, uşor miorelaxantă şi cu o bună toleranţă.

996. **STRES — în psihiatrie** (engl.) ● Termenul de stres a fost consacrat de biologul canadian Hans SELYE in lucrările referitoare la fenomenul adaptării pe plan biologic, psihologic, medical, semnificind atit factorii agresogeni (stresanţi), cit şi modalitatea nespecifică prin care organismul răspunde la agresiune (condiţii sau agenţi care ii periclitează mecanismele homeostatice). Se spune despre un individ că este „stresat“ cind se simte ameninţat, frustrat, incapabil de a face faţă unor solicitări crescute. H. SELYE a demonstrat că nu numai bolile grave, traumele fizice sau psihice provoacă stresul, ci şi numeroşi alţi agenţi care obligă individul, in viaţa de toate zilele, la o adaptare continuă, la noi condiţii de existenţă (frica, izolarea, nesiguranţa, deficitul de somn etc.). Ar fi iluzoriu, spune el, să ne inchipuim că am putea evita stresul de-a lungul intregii noastre vieţi ; tot ceea ce ne rămine de făcut este să cunoaştem modul in care putem reduce la minimum efectele lui vătămătoare, deoarece numeroase boli sint in mare măsură datorate erorilor răspunsurilor adaptative la stres, mai curind decit microbilor sau altor agenţi externi.

În ceea ce priveşte stresul psihic, unii autori pun accentul mai ales pe motivaţie, arătind că el apare cind este ameninţată atingerea unui scop ; alţi autori atribuie apariţia stresului unor stimulări excesive sau neobişnuite.

Sindromul general de adaptare constă, in viziunea lui SELYE, in răspunsul pe care organismul il oferă agresiunii prin intermediul mecanismelor neuroendocrine (diencefalo-hipofizare). În această accepţiune, stresul este, in mod echivalent, un sindrom, o constelaţie de răspunsuri nespecifice, cu un caracter general adaptativ, provocat de acţiunea agenţilor stresanţi asupra organismului. Referindu-se la fazele sindromului general de adaptare, SELYE consideră că in stadiul de alarmă are loc mobilizarea mecanismelor auxiliare pentru menţinerea vieţii. Agentul agresor acţionează asupra sistemului nervos vegetativ, care trimite informaţii hipotalamusului şi anterohipofizei ; aceasta induce o stimulare a glandelor suprarenale, care descarcă hormoni steroizi. În stadiul de rezistenţă are loc dezvoltarea optimă a celor mai adecvate canale de apărare : concentrarea reacţiilor. Fazei de alarmă (şoc-contraşoc) ii urmează, deci, o fază de rezistenţă, dar in cazul repetării frecvente a şocului, secreţia suprarenală se poate epuiza şi rezistenţa organismului scade, ceea ce constituie faza de epuizare, cind se instalează suferinţa. Procesul adaptării poate deveni in această situaţie el insuşi o cauză generatoare de boală, aşa cum se intimplă in cazul hipertensiunii arteriale, al bolilor degenerative ale virstei inaintate, in afecţiunile psihosomatice (infarctul miocardic, migrena, astmul bronşic, tuberculoza pulmonară, gastritele şi ulcerul gastroduodenal, colitele, colecistopatiile etc.), care constituie astăzi un domeniu aparte al medicinii. Starea de stres priveşte intregul organism incă de la inceputul agresiunii, ordinea angajării putind fi somato-psihică (in stresul sistemic) sau psihosomatică (in stresul psihic primar), dar in realitate, ambele variante sint interesate simultan ; chiar dacă, prin calitatea sa, stimulul a acţionat ca agent stresant psihic, substratul nervos declanşează răspunsuri ale intregului organism, care se pot organiza in timp, imbrăcind aspecte patologice.



Pentru a construi o definiţie acceptabilă a stresului psihic, Mc GARTH consideră că trebuie plecat de la natura relaţiilor dintre organism şi ambianţă : „Stresul apare cind se produce un dezechilibru marcat intre solicitările mediului şi capacităţile de răspuns ale organismului“. DELAY il defineşte ca „stare de tensiune acută a organismului obligat să-şi mobilizeze capacităţile de apărare pentru a face faţă unei situaţii ameninţătoare“.

La definiția generală pe care o dă, McGARTH adaugă următoarele precizări :

- solicitările pot produce stresul psihic numai dacă individul anticipează faptul că nu va fi capabil să le facă față sau că nu va putea satisface cererile fără a pune în pericol alte scopuri pe care le urmărește ;
- dezechilibrul dintre cereri și capacitatea de a le răspunde adecvat provoacă stresul psihic numai dacă urmările eșecului prezintă importanță pentru subiect ; în cazul în care subiectul nu-și dă seama de consecințele inadaptării sau acestea nu-l afectează, el nu trăiește sentimentul amenințării și nu este stresat psihic ; anticipînd consecințele, individul își poate modifica starea de stres fie prin evitarea lor, prin îndeplinirea cerințelor la un preț „tolerabil“, fie schimbîndu-și optica asupra solicitărilor (minimalizîndu-le), asupra posibilitățilot proprii (reevaluîndu-le) sau asupra consecințelor ;
- în ceea ce privește natura solicitărilor sau a „sarcinilor“, dezechilibrul survine nu numai cînd are loc o suprasolicitare (calitativă sau cantitativă), ci și în cazul unei subsolicitări (monotonie, lipsă de variație, lipsă de informație) care împiedică individul să-și manifeste întreaga gamă a posibilităților sale ; reducerea solicitărilor sau limitarea posibilităților de expresie devin pentru unele persoane la fel de stresante ca supraîncărcarea cu sarcini pentru altele.

Ambiguitatea stimulilor poate da și ea naștere stresului datorită lipsei de informații, a unei informații neclare sau contradictorii (provenite din surse la fel de verosimile) ; subiectul e capabil să răspundă, dar nu-și dă seama ce anume i se cere.

Alteori, conflictul rezultă din obligativitatea persoanei de a da în același timp două răspunsuri incompatibile sau de a proceda într-un mod care vine în opoziție cu propria sa convingere.

Incertitudinea, restrîngerea artificială a posibilităților de a răspunde, imposibilitatea de a amîna constituie și ele surse ale stresului psihic.

Ca și alte fenomene care au dominat evoluția medicinii, stresul a sugerat mai multor specialiști un posibil mecanism etiopatogenic al bolilor psihice, fără a se ajunge însă la o explicație cauzală și generică acceptabilă. Utilizînd schema sindromului general de adaptare, J. DELAY a propus clasificarea tulburărilor psihice în trei tipuri de sindroame :

- sindrom de alarmă (tulburări emoționale, sindromul confuzional, delirul acut) ;
- sindromul de rezistență (reacții hiperergice) ;
- sindromul de epuizare (neurastenie).

Argumentele acestei delimitări sindromologice pot fi fundamentate pe similitudinea unor modificări biologice și pe răspunsul favorabil la tratamentul cu hormon adenocorticotrop în unele deliruri acute, sindroame confuzionale (LACAS și MONDSZAIN). HOFFER a ajuns pînă la a afirma (exagerat) că schizofrenia s-ar datora unei intoxicații cu un derivat patogen de adrenalină, stresul putînd fi invocat, în lumina acestei teorii, ca factor etiologic al acestei afecțiuni psihice.

Existența, în cadrul spectrului de mijloace terapeutice active în psihiatrie, a metodelor de șoc (electroșoc, pneumoșoc — encefalografia gazoasă —, șocurile farmacodinamice) demonstrează însă implicarea unor fenomene biologice analoge stresului, dar nu se poate încă stabili cu precizie dacă este vorba de faza de alarmă sau de epuizare a acestuia.

997. STRESSO$^{(M)}$ Franța — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică, indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență“. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

998 STRESSON$^{(M)}$ Germania — DCI *Bunitrolol* ● Betablocant de tip 0-/3-(tert-butilamino)-2-hidroxipropox/benzonitril, indicat în anxietate, tulburări funcţionale cardiovasculare, alcoolism, afecţiuni psihosomatice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO→ BETABLOCANTE.

999. **STRESS-PAM$^{(M)}$** Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

1000. **STRIATAN$^{(M)}$** SUA — DCI *Emilcamat* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 3-metil-3-pentanol carbamat, cu acţiune sedativ-hipnotică şi valenţe anxiolitice şi miorelaxante, indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecţiuni psihosomatice.

1001. **STRICNINĂ** (cf. gr. *strychnos* „nuca vomică") ● Alcaloid principal, alături de brucină, extras din seminţele plantei Strychnos nux vomica. Acţionează ca antagonist postsinaptic specific al glicinei în sistemul nervos central, determinînd un blocaj al inhibiţiei pe care glicina o induce în mod asemănător acidului gamaaminobutiric. Stricnina creşte excitabilitatea nucleilor subcorticali, a centrilor bulbari, a neuronilor intercalari şi centrilor medulari, acţiunea de stimulare exercitîndu-se şi asupra analizatorilor autidiv, vizual şi olfactiv.

Toxicitatea stricninei este mare, supradozajul provocînd trismus maseterin, convulsii, opistotonus. Moartea survine în urma paraliziei centrilor bulbari. În doze terapeutice stimulează centrii cardiaci şi vasomotori şi mai puţin centrii respiratori. Stimularea centrului erecţiei prin măduva sacrată explică acţiunea de tip afrodisiac.

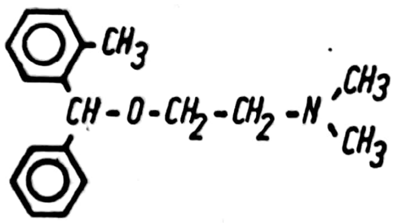
În prezent, utilizarea stricninei în scop psihostimulent este mult restrînsă datorită pragului convulsivant scăzut ; în schimb, se obţin rezultate bune în combaterea deteriorării neuronale dintr-o afecţiune metabolică rară a copilului — hiperglicinemia.

Printre indicaţiile păstrate din epoca anterioară psihostimulentelor moderne de sinteză, unii autori menţin : convalescenţele, neurasteniile, tulburările de dinamică sexuală, paraliziile şi parezele, enurezisul, alcoolismul, diminuări ale capacităţii senzoriale.

1002. **STRIDOR DENTUM** (lat.) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BRUXISM.

1003. **STRIGĂT DE PISICĂ$^{(S)}$ sindrom** — sin. „CAT CRY" ; „CRI DU CHAT" ; DELEŢIE PARŢIALĂ A BRAŢULUI SCURT AL CROMOZOMULUI V ; LEJEUNE$^{(S)}$ sindrom ; SINDROM AL MIEUNATULUI DE PISICĂ ● Anomalie structurală autozomală, mai frecventă la sexul feminin, caracterizată clinic prin dismorfie craniofacială particulară (facies „lunar", hipertelorism, fante palpebrale înclinate în jos, epicantus, microcefalie, micro- şi retrognaţie), hipotrofie staturo-ponderală, întîrziere psihică accentuată, ţipăt caracteristic, asemănător mieunatului pisicii (prin hipoplazie supraglotică cu laringomalacie), canale auditive anormale, strabism divergent, malformaţii scheletice şi viscerale ; citogenetic se caracterizează prin deleţia parţială a braţului scurt a unuia dintre cromozomii perechii a V-a. La 10% dintre bolnavi, deleţia este ereditară. Deşi frecvenţa cazurilor letale este redusă, datorită întîrzierii psihice profunde bolnavii rămîn mari handicapaţi, dependenţi de îngrijirile acordate în unităţile de asistenţă specială.

1004. **STRILAXIN$^{(M)}$** SUA — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(0-metil-α-fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acţiune miorelaxantă şi unele valenţe antidepresive (de mică intensitate), utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor. Buna sa toleranţă îi conferă o utilizare fără restricţii.



1005. **STROZKY$^{(T)}$ chestionar** ● Chestionar elaborat în 1972 de STROZKY în scopul evidenţierii sindromului presuicidar şi evaluării riscului de suicid. Chestionarul conţine 52 de itemi şi a fost etalonat pe o populaţie cu idei suicidare exprimate. Valoarea lui de predicţie rămîne însă relativă.

1006. **STRIGĂT PRIMAL** ● Titlul unei cărţi semnate de A. JANOV (1970), inventatorul terapiei primale. Terapia primală intră în categoria terapiilor corporale (plasarea corpului în centrul preocupărilor terapeutice). Elementul comun în aceste terapii îl constituie abreacţiile şi descărcările emoţionale legate de anumite reprezentări corporale. Terapiile corporale reprezintă o reîntoarcere la perioada prepsihiatrică, dar au o importanţă socială puternică, apariţia lor fiind rezultatul industrializării crescînde, care determină fenomene de dezumanizare, pierderea relaţiilor interpersonale directe, izolare. Aceste terapii au avut succes în Statele Unite, dar în prezent popularitatea lor a diminuat mult. A. JANOV a înfiinţat la Los Angeles Institutul primal ; în concepţia lui, nevroza (ca şi alte maladii cum ar fi alcoolismul, toxicomania) au la origine separarea trebuinţelor ; copilul mic îşi exprimă direct trebuinţele pe care le are ; adultul nevrotic simte că nu poate avea ceea ce-şi doreşte, fapt pentru care începe să dorească ceva ce nu îi trebuie în mod real (mistificare a trebuinţei printr-o dorinţă falsă ; în ultimă analiză, acest lucru trimite la explicaţii psihanalitice asupra nevrozei ; faptul că trebuinţe reale, dar necunoscute de persoană, creează o stare de tensiune de care persoana încearcă să scape prin recurs la obiecte-substitut nu reprezintă o idee originală, fiind preluată din teoria freudiană). Strigătul primal, ca strigăt declanşat de sentimentele profunde, are o valoare curativă ; el este adînc involuntar, şi se produce ca urmare a distrugerii apărărilor, individul fiind expus întregii sale suferinţe (adevărului suferinţei sale).

1007. **STRUCTURĂ** (cf. lat. *structura* „aranjament, dispunere" de la *struere* „a clădi, a construi") ● Configuraţie, mod de dispunere a părţilor unei totalităţi în anumite raporturi spaţiale de ordine, opoziţie, simetrie, corespondenţă etc. În secolul al XX-lea, termenul a căpătat o largă circulaţie în ştiinţă şi în filozofie, datorită rezultatelor fertile obţinute prin aplicarea metodologiei analizei structurale mai întîi în lingvistică şi etnologie, apoi în alte ştiinţe despre om, societate şi cultură : psihanaliză, filozofia culturii, antropologie culturală, sociologie, teoria artei şi literaturii etc. Noua metodă de investigaţie se întemeiază pe conceperea structurii nu ca dispunere perceptibilă a părţilor unei totalităţi în spaţiu, ci ca model inteligibil al relaţiilor esenţiale şi invariante dintre elementele unui sistem. În această accepţiune, structura reprezintă schema abstractă, modelul de organizare prin care se explică funcţionalitatea, coerenţa, stabilitatea şi raţionalitatea unei clase de sisteme izomorfe, considerate sub aspect sincronic. Structuralismul genetic dă o interpretare dinamică noţiunii de structură, pe care o defineşte ca ansamblu de transformări esenţiale, ca schemă a unor procese prin care devine inteligibilă evoluţia sistemelor. Probîndu-şi valoarea euristică prin autentice descoperiri ştiinţifice în diferite domenii, pe care le-a făcut posibile, conceptul de structură constituie fundamentul unei paradigme teoretice deosebit de fertile mai ales în studierea diferitelor faţete ale vieţii sociale şi spirituale, permiţînd introducerea unor procedee formale şi a limbajelor matematice, care sporesc rigoarea şi exactitatea discursului teoretic. Filozofia structuralistă aspiră să confere regulilor metodologice şi postulatelor implicite ale analizei structurale valoarea unor principii epistemologice universale şi a unor categorii ontologice, răpind astfel noţiunii de structură solida ei aderenţă la anumite domenii ale realităţii şi expunînd-o astfel riscurilor oricărei exploatări metafizice.

1008. **STRUCTURALISM** (cf. fr. *structuralisme* ; vezi *structură*) ● Denumire generică sub care se grupează diverse orientări în filozofie şi metodologia contemporană a ştiinţei, avînd drept element comun abordarea formelor de existenţă studiate ca sisteme, a căror esenţă, cauzalitate şi raţionalitate interioară se dezvăluie prin descrierea structurii lor. De incontestabilă valoare explicativ-teoretică şi avînd remarcabile virtuţi euristice, metodologia analizei structurale (evidenţierea cu mijloacele formale a conexiunilor invariante prin care este posibilă organizarea şi funcţionalitatea diferitelor tipuri de sisteme) este relativ independentă de postulatele metafizice şi extrapolările discutabile ale filozofiei structuraliste, care converteşte convenţiile metodologice ale analizei structurale în principii ontologice, fixînd între limitele operaţionalităţii formale inteligibilitatea realului. Metoda structurală s-a dovedit eficientă în investigarea unor sisteme complexe (materiale sau ideale), a căror diversitate fenomenală, aparent confuză, polimorfă şi incoerentă, multiplică şi diversifică anumite configuraţii stabile de conexiuni elementare, cu valoare arhetipală, adevărate matrice ale faptelor concrete, direct sesizabile. Abordarea structurală şi-a conturat principiile metodologice mai întîi în lingvistică (F. de SAUSSURE), apoi în psihologie (orientarea gestaltistă — KÖHLER, KAFFKA, WERTHEIMER, LEWIN), matematică (grupul BOURBAKI), etnologie (LÉVI-STRAUSS) ; ulterior, interpretările structurale au oferit concluzii interesante (cu condiţia de a nu se pierde din vedere caracterul lor parţial) şi în psihanaliză (LACAN), filozofia culturii (FOUCAULT), antropologie culturală (RADCLIFFE-BROWN, EVANS-PRITCHARD), în sociologie, economie, teoria artei şi literaturii. Rapid consolidata autoritate a metodelor structuraliste se datorează faptului că acestea au introdus (mai ales în ştiinţele despre om, cultură şi societate) un autentic spirit pozitiv, de rigoare şi exactitate, menit să elimine diletantismul inspirat, comprehensiunea intuitivă și improvizațiile speculative. Bizuindu-se pe utilizarea procedeelor formale logico-matematice, în descrierea structurilor ca modele ideale de alcătuire și funcționalitate a sistemelor, ca scheme de relații, cvasi-independente față de natura substanțială a componentelor relaționate, abordările structuraliste presupun însă condiția circumscrierii perspectivei teoretice la sincronie și postulatul deplinei raționalități a realităților investigate. De aici s-a ivit tentația unei filozofii „anti-metafizice", prin programul său epistemologic (îndreptat împotriva empirismului antropomorfizant și a speculațiilor îmbibate de considerente etico-axiologice, așa-numitele „umanisme teoretice"), dar metafizică în fapt, în măsura în care simplifică realul, atribuindu-i caracteristicile modelelor structurale : simplitate formalizabilă, reductibilitate la raporturi invariante de opoziții, diferențe, corelații complementare etc., echilibru dinamic, în care factorul timp aduce nu o dezvoltare, prin emergența unor forme esențial noi de existență, ci proliferarea în ipostaze diverse a mereu acelorași structuri arhetipale, oarecum înrudite cu ideile platoniciene. Încercînd să depășească aceste limite, așa numitul structuralism genetic (PIAGET și școala sa în psihologie, GOLDMANN în estetică și teoria literaturii, GONSETH în filozofia științei) extinde metoda structurală și asupra unor procese de transformare evolutivă a sistemelor studiate, integrînd discursului științific perspectiva diacronică. Conferind interpretării structurale, o dimensiune dialectică, acești teoreticieni definesc și descriu categoriile economice într-o înlănțuire deductivă, în care, relațiile structurale apar în constituirea lor logică și istorică, înfăptuindu-se ca momente logic determinate ale dezvoltării praxisului.

1009. **STRUCTURARE A PERSONALITĂȚII**→ PERSONALITATE.

1010. **STRÜMPELL* semn** ● Flexia dorsală a miinii, atunci cînd bolnavul încearcă să stringă pumnul, care apare numai în circumstanțe organice. Este util în diagnosticul diferențial al hemiplegiei isterice.

1011. **STUDIU DE CAZ** (cf. lat. *studium*) ● Metodă care constă în observarea și analizarea unei persoane, folosind informații și date variate, obținute prin interviuri, din documente care aparțin persoanei respective (scrisori, însemnări) etc. Asemănător studiului de caz este studiul grupurilor limită, în cadrul cărora se analizează și se stabilesc corelații între manifestările membrilor grupului, în funcție de factori sociali, culturali etc. Se consideră că, prin analiza cît mai detaliată a indivizilor sau grupurilor, se obțin informații pe baza cărora se pot face inferențe asupra unor categorii de fenomene. Studii clinice de caz interesante în acest sens sînt studiile longitudinale asupra unui bolnav (durează cîțiva ani), pe parcursul lor urmărindu-se evenimentele vieții sociale și psihologice a subiectului, episoadele psihopatologice implicate.

Deși interesantă în sine, metoda nu permite totuși generalizarea unor legi. A fost folosită inițial în sociologie.

1012. **STUGERON**(x) Ungaria — DCI *Cinnarizin* ● Psihotrop de tip N-trans-cinamil-N-benzhidril-4-piperazină, cu acțiune de corector al metabolismului cerebral, prin acțiune directă (dilatatoare) asupra musculaturii netede a arterelor cerebrale. Nu influențează tensiunea arterială. În genere, tratamentul este de lungă durată ; poate induce somnul (stare de somnolență), la doze mai mari.

1013. **STUPEFIANTE** (cf. fr. *stupéfiant* : vezi lat. *stupefacere* „a ameți, a paraliza") ● Categorie de psihodisleptice, a căror folosință conduce, într-un timp scurt, la instalarea toleranței, a dependenței, determinînd aproape inevitabil evoluția spre toxicomanie (→ TOXICOMANIE, DROG, PSIHODISLEPTICE).

Organizația Mondială a Sănătății a clasificat toate substanțele capabile de a induce grave tulburări somatice și psihice în trei grupe : A, B, C, stupefiantele fiind încadrate în grupa B.

Cele mai larg răspîndite sînt : opiul, derivații și alcaloizii săi, cocaina, cannabis. Folosirea și comercializarea lor ilicită constituie una dintre problemele majore ale lumii.

Uzul lor terapeutic este strict limitat și reglementat prin lege (→ CANABISM, COCAINĂ, COCAINOMANIE, HEROINOMANIE, MORFINOMANIE, OPIOMANIE).

1014. **STUPIDITATE** (cf. lat. *stupiditas* „prostie") ● Termen utilizat, în 1820, de GEORGET, pentru a caracteriza stările de aparentă suspendare a facultăților intelectuale, atunci cînd aceste stări nu aparțin demenței sau oligofreniei.

Se întîlnește în obnubilarea epileptică, stupoarea catatonică, stupoarea melancolică, confuzia mintală.

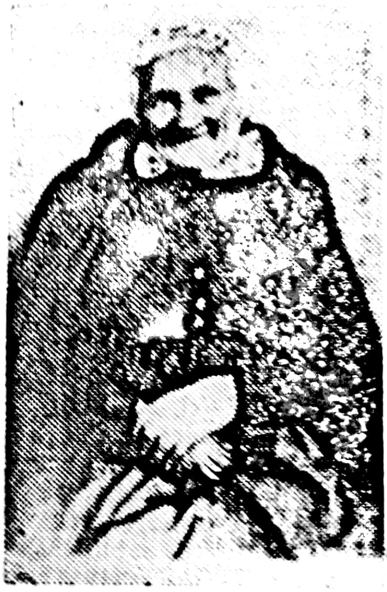
În accepțiunea comună, desemnează o conduită absurdă, lipsită de sens, de logică și de coerență.

1015. **STUPOARE** (cf. lat. *stupor* „incremenire") ● Suspendare completă a activității motorii, cu o patogenie complexă, manifestindu-se clinic prin imobilitate, hipo- sau amimie, mutitate, absența răspunsurilor la solicitări externe, refuz alimentar, gatism. Se descriu următoarele tipuri de stupoare :

● **Stupoare confuzională** (stupoare mintală) — reprezentată de o scădere accentuată a activității psihice, asociată unei stări somatice alterate. Atitudinea generală amintește de starea de somn (poate exista, cu caracter tranzitoriu, un onirism sărac și cu răsunet afectiv neplăcut pentru subiect) ; hipertonia musculară este absentă. Amnezia episoadelor stuporoase confuzionale este parțială. Poate evolua pină la comă.

● **Stupoare catatonică** — insoțită de tulburări de tonus : hipertonii localizate și variabile (rar akinezie flască cu hipotonie), tulburări de atitudine și mimică, tulburări vegetative majore. Activitatea psihică poate fi suspendată sau subiectul poate prezenta o stare confuzo-onirică. Este caracteristică variabilitatea simptomatologiei, putindu-se inregistra dispariții bruște ale acesteia sau persistența ei indelungată (luni, chiar ani).

● **Stupoare emotivă** (conflictuală) — rezultat al unei stări emoționale intense (siderare emotivă — DIDE, hipnoză de luptă — MILLIAN), al unui grav conflict intre tendințele instinctive și comandamentele etico-morale sau posibilitățile reale ale subiectului. CALOUTSIS și GUIRAUD au numit acest tip de stupoare „atitudine de refuz al realității", arătind rolul unor mecanisme de tip isteric in patogeneza acestei stări. Debutul reacțiilor psihotice este brusc. Mimica denotă anxietate sau este golită de expresie. Mutismul este de obicei invincibil ; bolnavul refuză alimentația.



Stupoare (după Nouvet)

După GUIRAUD, implicarea unor mecanisme fiziologice subcorticale este evidentă (starea de tensiune musculară și aspectele mimice).

● **Stupoare melancolică** — o inhibiție parțială a activității motorii, subiacentă unei stări timice caracteristice. Bolnavul este absent, expresia feței și atitudinea generală evocind acest lucru. Prezența tulburărilor vasomotorii este constantă. Bolnavul poate să se lase mobilizat pasiv sau, din contră, să aibă o atitudine opoziționistă.

Posibilitatea apariției raptusului suicidar in timpul stării stuporoase ridică problema supravegherii deosebite a acestor bolnavi.

Stupoarea este mult mai rar intilnită in clinica actuală care beneficiază atit de aportul terapiilor biologice, cit și de cel al psihofarmacologiei.

1016. **STUPOARE AFECTIVĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BAELEZ — PARALIZIE EMOȚIONALĂ.

1017. **STUPOARE PRIN DEFICIENȚĂ DE TRIPTOFAN(S) sindrom** ● Tulburări de conștiință de tip stuporos, generate de alterarea metabolismului triptofan-serotoninic.

Simptomatologia dezvoltată in cursul instalării sindromului reunește tulburări afective, de tip confuziv, halucinator, tulburări motorii de tip spastic, hiperkinetic sau chiar catatonic.

Este intilnit in afecțiuni care duc la epuizarea rezervelor de triptofan (cancere hepatice) sau la imposibilitatea absorbției acestuia prin intestin (tratamente cu L-Dopa in boala Parkinson prin absorbție competitivă).

A fost descris de Jörgen LEHMAN in 1982.

1018. **STURGE-WEBER-KRABBE(S) boală** — sin. ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; ANGIOMATOZĂ OCULO-CUTANATĂ ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ ; JAHNKE(S) sindrom ; KALISCHER(S) sindrom ; KRABBE(S) sindrom ; LAWFORD(S) sindrom ; MILLES(S) sindrom ; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKER-WEBER-OSLER-DIMITRI(S) sindrom ; SCHIRMER(S) sindrom ; STURGE(S) sindrom ; STURGE-WEBER-DIMITRI(S) sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT(S) sindrom ; WEBER(S) sindrom ; WEBER-DIMITRI(S) sindrom ● Dis-

1015. **STUPOARE** (cf. lat. *stupor* „încremenire“) ● Suspendare completă a activității motorii, cu o patogenie complexă, manifestîndu-se clinic prin imobilitate, hipo- sau amimie, mutitate, absența răspunsurilor la solicitări externe, refuz alimentar, gatism. Se descriu următoarele tipuri de stupoare :

● **Stupoare confuzională** (stupoare mintală) — reprezentată de o scădere accentuată a activității psihice, asociată unei stări somatice alterate. Atitudinea generală amintește de starea de somn (poate exista, cu caracter tranzitoriu, un onirism sărac și cu răsunet afectiv neplăcut pentru subiect) ; hipertonia musculară este absentă. Amnezia episoadelor stuporoase confuzionale este parțială. Poate evolua pînă la comă.

● **Stupoare catatonică** — însoțită de tulburări de tonus : hipertonii localizate și variabile (rar akinezie flască cu hipotonie), tulburări de atitudine și mimică, tulburări vegetative majore. Activitatea psihică poate fi suspendată sau subiectul poate prezenta o stare confuzo-onirică. Este caracteristică variabilitatea simptomatologiei, putîndu-se înregistra dispariții bruște ale acesteia sau persistența ei îndelungată (luni, chiar ani).

● **Stupoare emotivă** (conflictuală) — rezultat al unei stări emoționale intense (siderare emotivă — DIDE, hipnoză de luptă — MILLIAN), al unui grav conflict între tendințele instinctive și comandamentele etico-morale sau posibilitățile reale ale subiectului. CALOUTSIS și GUIRAUD au numit acest tip de stupoare „atitudine de refuz al realității“, arătind rolul unor mecanisme de tip isteric în patogeneza acestei stări. Debutul reacțiilor psihotice este brusc. Mimica denotă anxietate sau este golită de expresie. Mutismul este de obicei invincibil ; bolnavul refuză alimentația.

Stupoare (după Nouvet)

După GUIRAUD, implicarea unor mecanisme fiziologice subcorticale este evidentă (starea de tensiune musculară și aspectele mimice).

● **Stupoare melancolică** — o inhibiție parțială a activității motorii, subiacentă unei stări timice caracteristice. Bolnavul este absent, expresia feței și atitudinea generală evocind acest lucru. Prezența tulburărilor vasomotorii este constantă. Bolnavul poate să se lase mobilizat pasiv sau, din contră, să aibă o atitudine opoziționistă.

Posibilitatea apariției raptusului suicidar în timpul stării stuporoase ridică problema supravegherii deosebite a acestor bolnavi.

Stupoarea este mult mai rar întîlnită în clinica actuală care beneficiază atît de aportul terapiilor biologice, cît și de cel al psihofarmacologiei.

1016. **STUPOARE AFECTIVĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BAELEZ — PARALIZIE EMOȚIONALĂ.

1017. **STUPOARE PRIN DEFICIENȚĂ DE TRIPTOFAN**$^{(S)}$ **sindrom** ● Tulburări de conștiință de tip stuporos, generate de alterarea metabolismului triptofan-serotoninic.

Simptomatologia dezvoltată în cursul instalării sindromului reunește tulburări afective, de tip confuziv, halucinator, tulburări motorii de tip spastic, hiperkinetic sau chiar catatonic.

Este întîlnit în afecțiuni care duc la epuizarea rezervelor de triptofan (cancere hepatice) sau la imposibilitatea absorbției acestuia prin intestin (tratamente cu L-Dopa în boala Parkinson prin absorbție competitivă).

A fost descris de Jörgen LEHMAN în 1982.

1018. **STURGE-WEBER-KRABBE**$^{(B)}$ **boală** — sin. ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; ANGIOMATOZĂ OCULO-CUTANATĂ ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ ; JAHNKE$^{(S)}$ sindrom ; KALISCHER$^{(S)}$ sindrom ; KRABBE$^{(S)}$ sindrom ; LAWFORD$^{(S)}$ sindrom ; MILLES$^{(S)}$ sindrom ; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKER-WEBER-OSLER-DIMITRI$^{(S)}$ sindrom ; SCHIRMER$^{(S)}$ sindrom ; STURGE$^{(S)}$ sindrom ; STURGE-WEBER-DIMITRI$^{(S)}$ sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT$^{(S)}$ sindrom ; WEBER$^{(S)}$ sindrom ; WEBER-DIMITRI$^{(S)}$ sindrom ● Displazie congenitală a mezodermului, caracterizată clinic prin angiomatoză cutanată și cerebrală, la care se asociază, în mod constant, o serie de manifestări oculare severe.

Boala a fost descrisă succesiv de SCHIRMER (1860), STURGE (1879), HEBOLD (1913), WEBER (1922) și KRABBE (1934).

Angiomatoza cutanată, rezultat al ectaziilor capilare, se prezintă sub forma de „naevus flammeus vasculosus" (pete roșii-închis, neproeminente, localizate de obicei pe teritoriul de distribuție a nervului trigemen, cuprinzînd hemifața, gîtul, toracele și chiar abdomenul). Angiomatoza cerebrală unilaterală se manifestă clinic prin : epilepsie, hemipareză, accese de migrenă, afazie și întîrziere psihică. Simptomele oculare cuprind angiomul coroidian și glaucomul congenital homolateral leziunilor angiomatoase cutanate.

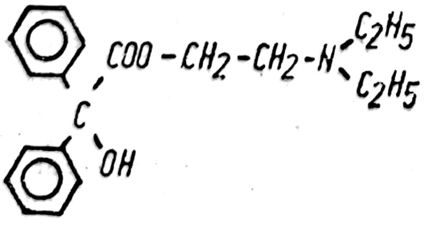
Au fost descrise o serie de forme atipice ale bolii Sturge-Weber-Krabbe : sindromul Jahnke (în care lipsește glaucomul congenital) ; sindromul Schirmer (în care glaucomul apare precoce) ; sindromul Lawford (în care glaucomul apare tardiv și evoluează cronic) ; sindromul Milles (în care existența angiomului coroidei nu este însoțită de creșterea volumului globului ocular).

Examenele paraclinice sînt revelatoare pentru diagnostic :

- radiografia craniană simplă evidențiază „striațiile cerebriforme" (calcificări intracraniene, mai ales occipitale, ce urmăresc circumvoluțiile cerebrale) ;
- angiografia craniană localizează angiomul ;
- pneumoencefalografia arată semne indirecte de atrofie corticală.

Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, datorită mai ales complicațiilor neurologice. Tratamentul este simptomatic (cuparea crizelor epileptice, radioterapia angioamelor cutanate, lobotomie sau hemisferectomie).

1019. **SUAVITIL$^{(M)}$** Danemarca — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acțiune



anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. Are acțiune proconvulsivantă. În timpul tratamentului este interzis consumul de alcool.

1020. **SUB-** (cf. lat. *sub*) ● Element de compunere care introduce sensul de poziție inferioară (spațial, cantitativ, ca intensitate).

1021. **SUBACUT$^{(D)}$ delir** (cf. *sub-* ; lat. *acutus* „ascuțit") — sin. DELIR ALCOOLIC SIMPLU (MAGNAN, 1874) ; ENCEFALOZĂ ALCOOLICĂ SUBACUTĂ ● Entitate clinică delimitată de LASÈGUE în 1869.

Delirul debutează noaptea, inițial episodul confuzo-oniric durînd pînă dimineața, ulterior delirul devenind continuu. Pacientul are aspectul specific pentru etilismul cronic, facies vultuos sau palid, transpiră abundent, este neliniștit, uneori chiar agitat, avînd comportamentul influențat puternic de trăirile onirice (se luptă, se apără contra unor dușmani invizibili etc.).

Tabloul clinic este dominat de delirul oniric trăit pe fondul unor stări confuzionale, subiectul fiind obnubilat, uneori perplex, preocupat de trăirile sale. Este aprosexic și dezorientat temporo-spațial. Ulterior, prezintă amnezia lacunară a episodului, iar uneori persistă idei fixe post-onirice.

Starea somatică nu este gravă, spre deosebire de delirul alcoolic acut. Se pot întîlni : febră 38°C, fără o cauză inflamatorie ; deshidratare ușoară datorată transpirațiilor, lipsei de rehidratare, agitației și polipneei ; sindrom de impregnare etilică.

Evoluția este favorabilă : chiar fără tratament, delirul se remite în cîteva zile. Rar evoluează spre delir acut alcoolic sau persistă sechele : idei fixe postonirice, psihoze alcoolice cronice.

Incidența delirului subacut este mult mai mare decît cea a delirului acut.

Dezechilibrul hidroelectrolitic ar constitui mecanismul patogenic al delirului.

1022. **SUBCEPȚIE** (cf. *sub-* ; lat. *capere* „a apuca") ● Proces perceptiv infraconștient, constînd în reacția organismului la un stimul de intensitate subperceptuală, relevat experimental prin reacția psihogalvanică a pielii la un stimul de intensitatea subliminală, de către LAZARUS și Mc CLEARY (1951), în studiile lor asupra mijloacelor de comunicare.

Ipoteza unei comunicări intersubiective de factură inconștientă a fost verificată de MERLEAU-PONTY, cu referire la fenomenul „identificării cu altul", de BEVAN și, în mod particular, de R. SPITZ, care s-a ocupat de relațiile privilegiate (intercorporale și esteziologice) dintre mamă şi noul născut, în cursul alăptării.

ERIKSON reia termenul, pentru a descrie corelaţia parţială între răspunsul verbal şi cel motor. H. EY, definind termenul în sensul său originar : „un proces prin care subiectul operează un fel de discriminare, atunci cînd este incapabil să o realizeze conştient", îl propune pentru a desemna ceea ce FREUD descrisese ca „preconştientul percepţiei". Subcepţia constituie obiectul unor intense cercetări experimentale, date fiind aplicările practice care se prefigurează în domeniile psihologiei publicităţii, medicinei, propagandei.

1023. **SUBCONŞTIENT** (cf. *sub-* ; lat. *conscriere* „a şti bine") — sin. CONŞTIINŢĂ OBSCURĂ ; CONŞTIINŢĂ STINSĂ ; INCONŞTIENT NORMAL ; INFRACONŞTIENT ; PRECONŞTIENT ● Modalitate a Eului interpusă între conştiinţa clară şi inconştient ; strat subiacent, inferior al conştiinţei. Subconştientul înmagazinează ceea ce a fost conştient anterior, dar nu-i mai este util conştiinţei „hic et nunc", fiind susceptibil de a furniza acesteia, circumstanţial şi selectiv, informaţii, deprinderi şi operaţii. Subconştientul exercită o influenţă asupra întregii vieţi psihice, fiind concomitent o „post-conştiinţă" şi o „preconştiinţă" (proximitatea faţă de conştiinţă şi relaţiile de compatibilitate cu aceasta nu exclud relativa autonomie a subconştientului faţă de celelalte două instanţe, conştient şi inconştient, între care se situează).

În funcţie de autori, subconştientul a fost denumit ca o „conştiinţă stinsă" sau „obscură" (RIBOT), o „subconştiinţă" sau „o zonă marginală a conştiinţei", un „infraconştient" (BURLAUD) sau un „inconştient normal" (PRADINES). H. WALLON utilizează termenul de „cerebraţie lentă", iar FREUD pe cel de „preconştient" (pe care l-a abandonat ulterior). După P. POPESCU-NEVEANU, subconştientul ar fi un subsistem mediator şi tranzitoriu între conştient şi inconştient, depozitar de servomecanisme (informaţii, operaţii) care se instituie ca disponibilităţi latente ale conştiinţei actualizate în funcţie de necesităţi.

Orientarea spre conştiinţă, permeabilitatea faţă de ceea ce a fost conştient, relativa transparenţă şi cooperare cu conştiinţa (mai ales în refularea conţinuturilor inconştiente) reprezintă principalele trăsături ale subconştientului care motivează calificativul de „conştiinţă latentă sau potenţială ce alimentează conştiinţa clară, coexistînd cu ea".

După P. JANET, subconştientul include automatisme psihice fragmentare, fixate prin repetiţii, iar după J. PIAGET — structuri operaţionale automatizate. S. RUBINSTEIN, A. LEONTIEV, H. PIÈRON, M. RALEA includ în subconştient fenomenele de percepţie conştientă, deprinderi şi fenomene de memorie parţială. Indirect şi parţial, sfera fenomenelor subconştiente este afectată de tulburări patologice de ordin calitativ ale modalităţilor de existenţă a conştiinţei.

Autorii psihanalizei moderne menţionează faptul că remarca despre existenţa unor procese psihice ce nu aparţin în totalitate conştiinţei, a fost făcută înainte de FREUD, această referire privind în special procesele afective, impresiile subiective, actele involuntare, aspectul trăit al experienţei umane, precum şi aspectele conflictuale din această experienţă. Descoperirea acestui subsistem, inaccesibil conştiinţei, a dinamismului său particular, a intervenţiei sale în comportament, în declanşarea unor conduite şi în formarea unor simptome sînt însă în principal atributul psihanalizei. În „Consideraţiuni pentru studiul comparativ al paraliziilor motrice şi isterice" (1893) şi în „Studiu asupra isteriei" FREUD foloseşte iniţial termenul de subconştient, termen pe care ulterior, în timpul polemicii cu P. JANET, îl înlocuieşte cu cel de inconştient, considerînd că prima denumire ar putea crea confuzia cu o „altă conştiinţă" ale cărei conţinuturi s-ar plasa în continuarea conţinuturilor conştiinţei propriu-zise. Pentru FREUD, subconştientul avea referire la „slab-conştient", la o personalitate care există alături de personalitatea obişnuită.

Pentru mulţi autori moderni (şi mai ales cei francezi) termenii de subconştient şi inconştient se folosesc ca sinonime. Pentru a explica acest fapt este necesară, pe lîngă incursiunea în psihologie, şi o scurtă incursiune semantică. Astfel : în limba germană, pentru termenul inconştient în sensul inconştient adjectival din limba română (de modificare a stării de conştienţă) există termenul „bewusstlos", iar pentru termenul inconştient în sensul inconştient substantival din limba română (ca subsistem al psihismului, aşa cum l-a conceput psihanaliza) există denumirea „Unbewusstes". Deci, apariţia conceptului de inconştient ca subsistem al psihismului a determinat şi apariţia unui nou cuvînt. În limba engleză, pentru termenul inconştient în sensul adjectival din limba română, se foloseşte termenul de „unconscious", iar pentru înţelesul substantival al aceluiaşi cuvînt — „unconsciousness". În sfîrşit, în limba franceză, pentru ambele accepţiuni al termenului, se foloseşte „inconscient". Dicţionarul Explicativ al Limbii Române denumeşte prin adjectivalul inconştient, acea stare în care individul „şi-a pierdut conştiinţa“ ; a nu avea o atitudine conştientă faţă de realitate. În limbajul uzual, cît şi în cel medical al limbii române, termenul inconştient este larg folosit în accepţiunea adjectivală, astfel încît, frecvent, se utilizează pentru a denumi inconştientul (în sens psihanalitic) termenul de subconştient ; această sinonimie este folosită şi de alţi autori (POROT, DREVER şi iniţial chiar FREUD). În „Roche Lexikon Medizin“, la termenul subconştient se află o trimitere către termenul inconştient. În „Lexikon der Psychologie“ (1987) se menţionează faptul că, frecvent, preconştientul este utilizat sinonim cu subconştientul.

Existenţa acestor confuzii generate de utilizarea numeroaselor sinonime în literatura de specialitate şi în general, punerea deseori a semnului egal între Subconştient şi Inconştient, cît şi o serie de alte argumente din care am citat cîteva, ne obligă să tratăm în continuare şi ceea ce numeroşi psihiatri înţeleg prin Inconştient. Am optat pentru această soluţie de a trata ambii termeni distinct, dar în cadrul aceluiaşi articol în speranţa de a fi mai utili cititorului.

● **INCONŞTIENT** (cf. lat. *in* — prefix negativ ; *consciens* : de la *consciere*). Termenul a fost introdus de K. G. CARUS (1789—1886). H. EY („Conştiinţa“, 1893) face o trecere în revistă a discursurilor între specialişti (filozofi, psihanalişti, psihopatologi) cu privire la psihismul inconştient şi la natura acestui psihism. Poziţiile teoretice de afirmare şi negare a inconştientului s-au fundamentat pe două teze principale :

- a nega inconştientul revine la a afirma că viaţa psihică este omogenă, că există posibilitatea unei cunoaşteri absolute, inteligibile a obiectului, o sinonimie între conştiinţă şi psihism, deci că orice fenomen psihic este un fenomen conştient ;
- a afirma inconştientul revine la a accepta faptul că realitatea psihică este o structură organizată, compusă.

Discuţiile teoretice s-au concentrat pe patru sensuri ale inconştientului (patru accepţiuni) :

- inconştientul ca realitate psihică, aşa cum se degajă această realitate din psihopatologie, în baza noţiunilor de inconştienţă şi alienare (EY, FOLLIN) ;
- inconştientul în perspectivă existenţială, ca „acea parte a fiinţei noastre ce scapă transcendenţei reflexiei“ (RICOEUR, LANTERI) ;
- inconştientul ca expresie a pulsiunilor, ca modalitate fantasmatică pulsională (LEIBOVICI, DIATKIN, STEIN) şi ca discurs, ca limbaj (LACAN, LAPLANCHE, LECLAIRE) ;
- inconştientul ca modalitate „de a fi sau de a nu fi cu altul“, ca model sociologic (H. LEFÈVRE).

Afirmarea inconştientului înainte de FREUD a fost făcută intuitiv, cu privire în special la anumite aspecte şi capacităţi psihice : însuşirea memoriei de a opera înregistrări, depozitări de amintiri sau ştergerea amintirilor ; operaţiile intelectuale automate, desfăşurate în afara gîndirii conştiente discursive ; intuiţia, ca raţionament gratuit, impregnat afectiv şi ale cărei etape nu apar în planul conştiinţei — ceea ce apare este doar efectul acestui demers ; forţa vitală profundă, biologică, care animă psihismul şi păstreaza esenţa creativă a omenirii în simboluri, mituri, arhetipuri. Rezultă, din perspectivă istorică, faptul că inconştientul a fost înţeles iniţial ca atribut al unor fenomene psihice, atribut ce trimite la iraţional, intuitiv, simbolic. În baza unor fapte psihopatologice, în cadrul terapiei nevrozelor, FREUD a descoperit inconştientul ca parte a psihismului, ca sistem al aparatului psihic, diferit prin natura sa de sistemul preconştient-conştient. Inconştientul se constituie din conţinuturi psihice refulate, prin acţiunea refulării (→ REFULARE, REFULARE ORIGINARĂ). Conţinuturile inconştiente devin accesibile conştiinţei numai prin depăşirea cenzurii şi a rezistenţelor într-un travaliu analitic. Pe de altă parte, în inconştient există şi conţinuturi psihice care nu au fost niciodată conştiente. Inconştientul, ca parte a psihismului, nu va deveni niciodată pe deplin conştient. Între inconştient şi conştient relaţia este de opoziţie, dar această opoziţie nu produce o scindare a fiinţei, întrucît inconştientul nu poate exista fără conştient. Aşadar inconştientul şi conştientul există într-o unitate a fiinţei, atît în perspectivă topică (inconştientul ca „loc“), cît şi în perspectivă dinamică (mecanisme ale inconştientului care intervin în actele persoanei, în formarea simptomelor, a trăsăturilor de caracter) şi economică (energia de investire a inconştientului, de natură pulsională).

În prima topică, FREUD caracterizează inconştientul ca fiind marcat pulsional, conţinuturile sale avînd o puternică încărcătură energetică pulsională şi apărînd ca „reprezentanţi“ ai pulsiunilor, pentru că niciodată pulsiunea nu devine obiect al conştiinţei, ci numai reprezentarea ei poate fi conştientizată. Dinamica inconştientului este supusă mecanismelor procesului primar (condensare, deplasare). Conţinuturile inconştientului sînt prezente în anumite gesturi şi acţiuni umane (forţează accesul la conştiinţă), manifestarea lor în plan conştient traducîndu-se în formaţiuni de compromis care sînt manifestări deformate prin intervenţia cenzurii. În inconştient se fixează frecvent dorinţele din copilărie.

În cea de-a doua topică, FREUD consideră psihicul ca fiind format din trei instanţe : Sine, Eu, Supreau. Sinele este în întregime inconştient, avînd caracteristicile inconştientului din prima topică ; este privit ca instanţă a aparatului psihic. Celelate două instanţe — Eu şi Supraeu — îşi au originea tot în inconştient şi anumite conţinuturi ale lor vor rămâne părţi ale acestuia. Modalităţile de operare ale Supraeului şi mecanismele de apărare ale Eului rămîn în planul inconştientului, în planul conştiinţei apărînd numai efectul acestora (→EU, MECANISME DE APĂRARE, SINE, SUPRAEU, TOPICĂ).

DELAY şi PICHOT, în clasificarea psihologiilor după metoda principală de investigare, vorbesc despre psihologia psihanalitică, expresie sub care autorii grupează un ansamblu de sisteme psihologice, cunoscute ca „psihologie a profunzimilor“ (în ţările de limbă germanică) şi „psihologie dinamică“ (în ţările de limbă engleză). Metoda lor de explorare este în esenţă psihanalitică şi constă în asociaţia liberă, analiza viselor şi analiza transferului. Introspecţia clasică este de natură să permită analiza conţinuturilor interioare sau conştiente, nu însă şi a conţinuturilor inconştiente. Perspectiva asupra inconştientului, aşa cum a fost ea descrisă şi elaborată de psihanaliză, comportă un dublu aspect :

- aspectul topic, acela de sistem diferit de sistemul conştient, ireductibil la conştient ;
- aspectul dinamic, acela de conflict între cele două sisteme, între exigenţele contrare, dintre care una inconştientă şi alta conştientă sau ambele inconştiente (conflict latent) ; aspectul dinamic trimite la conflictul dintre forţele psihice, la energiile pulsionale care se manifestă în aceste forţe.

Aşadar, inconştientul este un grup de conţinuturi psihice sau “un loc psihic“ care dispune de un dinamism propriu, de o încărcătură energetică particulară ; el nu se defineşte prin relaţia sa cu conştientul, ci prin natura proceselor şi conţinuturilor sale, diferită de cea a proceselor şi conţinuturilor conştientului.

Conţinuturile inconştientului, natura lor, caracteristici ;

- în articolul „Inconştientul“ (FREUD, 1915) conţinuturile inconştientului sînt numite „reprezentanţi ai pulsiunilor“ ; pulsiunea ca atare nu devine niciodată conştientă ; reprezentanţii pulsionali se structurează însă în fantasme, scenarii imaginare, producţii onirice pe care se articulează dorinţa ;
- conţinuturile inconştientului sînt, în mare parte, conţinuturi refulate ; în afară de acestea există un „nucleu al inconştientului“, alcătuit din conţinuturi filogenetice, deci care nu au fost achiziţionate de individ în ontogenie (fantasmele originare) ;
- conţinuturile inconştientului sînt parţial asimilate conţinuturilor infantile (experienţele infantile nediferenţiate, difuze) ;
- visele sînt expresia conţinuturilor inconştiente, a dorinţelor inconştiente ; mecanismele specifice visului (deplasare, condensare, simbolizare) apar şi în alte manifestări articulate în inconştient (acte ratate, lapsusuri) şi într-o serie de simptome (simptomul ca formaţiune de compromis cu funcţia de a satisface o dorinţă) ;
- inconştientul, ca sistem, constă în procese primare, este guvernat de principiul plăcerii, se manifestă independent de principiul realităţii, are o energie proprie de natură pulsională care se investeşte şi se dezinvesteşte în anumite reprezentări ;
- conţinuturile inconştiente pot deveni în mare parte conştiente în măsura în care sînt depăşite rezistenţele ;
- inconştientul sub aspectul său dinamic este implicat, prin diverse mecanisme, în formarea anumitor simptome, în special a celor nevrotice (→NEVROZĂ, PSIHOTERAPIE PSIHANALITICĂ, REFULARE) ;
- energia inconştientului dispune de o mobilitate mai mare decît energia conştientului, întrucît ea nu ţine cont de realitate, de tip, de argumentul logic ;
- mişcarea conţinuturilor inconştientului (procese, mecanisme) se desfăşoară în afara timpului, inconştientul este atemporal.

Prezenţa inconştientului este intensă în motivaţii, în componenta afectivă a motivaţiilor şi gesturilor umane. Conflictul dintre inconştient şi conştient se datoreşte, pe de o parte, faptului că inconştientul are o dinamică liberă, este reglat de plăcere-neplăcere şi, mai ales, funcţionează independent de realitate ; pe de altă parte, conştiinţa tinde să ia sub control în întregime toate conţinuturile psihismului şi să impună acestor conţinuturi legile ei. În explicaţie psihanalitică, simptomul nevrotic, de exemplu, este expresia simbolică a unui conflict intrapsihic, conflict ce reprezintă compromisul între dorinţă şi defensă (→ NEVROZĂ, PSIHANALIZĂ, PSIHOTERAPIE).

Inconştientul se manifestă nu numai în sfera psihopatologiei ci şi în cea a normalului. Orice experienţă umană este impregnată şi de conţinuturile inconştientului, de dinamica mecanismelor inconştiente. H. EY („Conştiinţa" 1893) afirmă că „orice psihologie a funcţiilor psihice — memorie, atenţie, percepţie, gîndire discursivă, afecte etc. — este obligată să admită că toate aceste „fenomene", în apariţia, articularea şi semnificaţia lor sau în combinarea lor operatorie, presupun un curent inconştient (engrame, Vorgestalten, tendinţe, activitate formatoare, scheme) încărcat de semnificaţii şi „fantasme virtuale" care constituie şi semnul de proiecţie al inconştientului pînă în focarul cîmpului de conştiinţă". Dacă aşa stau lucrurile în cadrul normalului, cu atît mai mult este de admis implicarea inconştientului în plan psihopatologic, în anumite categorii de simptome ; în acest sens, de exemplu, tot H. EY vorbeşte despre structura de vis a trăirilor halucinozice, structură în care interferează aspecte ale simbolicii inconştientului.

1024. **SUBIECT** (cf. lat. *subjectus* „supus") ● Termen fundamental în gîndirea filozofică şi în ştiinţele despre om şi societate, desemnînd omul în diferitele ipostaze ale relaţiilor sale esenţiale cu lumea.

● Delimitîndu-se de obiect în dialectica procesului de cunoaştere, subiectul epistemic se defineşte ca ansamblu al capacităţilor cognitive ale omului, considerate generic, adică făcînd abstracţie de particularităţile fiecărui individ (subiectul *psihologic*) şi avînd în vedere disponibilităţile cognitive generale, existente în fiecare conştiinţă individuală normal constituită, ca o structură invariantă, obiectivă, cu caracter constructiv-operaţional, pe care se edifică experienţa şi cunoştinţele concrete, particulare, ale fiecărei persoane empirice. Considerat „în sine" de reflecţia epistemologică (orientată metodologic şi tematic spre esenţialitatea „pură", abstract-formală a procesului de cunoaştere), subiectul epistemic nu fiinţează autonom, ci este imanent fiecărei conştiinţe individuale (într-o relaţie „esenţă-fenomen"), constituindu-se din punct de vedere genetic o dată cu Eul empiric, în cadrul raporturilor active ale acestuia cu proprietăţile variate ale obiectului cunoaşterii şi ca rezultat al procesului de socializare a individului prin educaţie. Combătînd tendinţa concepţiilor empirist-psihologiste de a trata subiectul epistemic drept o ficţiune speculativă (atomizînd astfel universul cunoaşterii obiective în cunoştinţe particulare, accidentale, relative faţă de statutul circumstanţial al conştiinţelor individuale), teoriile aprioriste şi fenomenologice contestă relativitatea disponibilităţilor cognitive generice, postulînd realitatea subiectului *transcendental*, concepută ca ansamblu de facultăţi atemporale, invariabile, cu un conţinut epistemic propriu, total independent faţă de cunoştinţele subiectului concret, psihologic, pe care le fac posibile a priori. Pentru a fi justă, presupoziţia subiectului transcendental trebuie să îndeplinească cel puţin două condiţii :

- reflecţia epistemologică sau descrierea fenomenologică să descopere aceleaşi structuri formale sau evidenţe a priori ;
- faptele de conştiinţă atribuite subiectului transcendental să nu poată primi nici un fel de explicaţie empirică.

Or, evoluţia gîndirii teoretice demonstrează, pe de o parte, deosebiri considerabile între diferitele concepţii care postulează realitatea subiectului transcendental şi, pe de altă parte, posibilitatea explicării tot mai exacte a genezei şi evoluţiei structurilor cognitive generice, atît în plan ontogenetic, cît şi în planul filogenetic, al devenirii omului ca subiect cunoscător.

● În relaţie de complementaritate cu universul valorilor stă omul ca subiect *axiologic*, conştiinţă ierarhizantă, al cărei discernămînt aşează lucrurile, ideile, creaţiile spirituale, persoanele, bunurile etc. în ordinea importanţei lor, preţuind atît cît se cuvine ceea ce răspunde nevoilor şi aspiraţiilor umane, dispreţuind şi condamnînd în măsura potrivită ceea ce înjoseşte şi micşorează fiinţa omului. Date prin actele individuale de preferinţă/aversiune, aprecierile valorice sînt supra-individuale, integrîndu-se conştiinţei sociale, întrucît se dovedesc reprezentative nu numai pentru fiecare individ în parte, ci pentru o colectivitate constituită istoric, operînd cu anumite criterii de ierarhizare axiologică, în care se condensează trecerea ei prin timp, încărcată de experienţe valorice.

● Bizuindu-se pe cunoaşterea de sine şi a lumii şi orientat axiologic, subiectul *practic* este omul ca agent teleologic, activ în raporturile sale cu ceilalţi. În filozofia tradiţională, subiectul practic (animat de spontaneitatea voinţei) se afirmă cu precădere în spaţiul moralităţii. Definind praxis-ul ca activitate socială, determinată istoric, prin care oamenii transformă efectiv realitatea naturală și structurile sociale — îmbogățind, totodată, propriul lor statut ontologic cu noi atribute —, filozofia materialistă consideră subiectul practic într-o perspectivă mai cuprinzătoare, ca subiect *istoric* ; acesta poate fi individual (personalitatea istorică) sau colectiv (grupuri sociale, clase, comunități, mase).

● În logică, prin subiect se înțelege acel termen al judecății predicative care denumește noțiunea despre care se afirmă ori se neagă însușirea exprimată de predicatul logic. În judecata „mercurul este un metal", subiectul logic este noțiunea de „mercur".

1025. **SUBIECTE „TABU"** ● Subiecte (teme, conținuturi, relații, fantasme etc.) pe care grupul evită să le abordeze. Practic, este vorba de o reacție de fugă fie a grupului, fie a unui subgrup, reacție inconștient motivată față de semnificația pe care o au anumite subiecte sau teme ; poate fi semn de rezistență la travaliul analitic și urmare a intervenției cenzurilor. Semnificația subiectelor „tabu" este, cel mai adesea, simbolică, reacția față de aceste subiecte echivalînd cu o apărare. Subiectele „tabu" trimit la forțele inconștientului, persoana temîndu-se că aceste forțe vor invada cîmpul conștiinței. La nivel de grup sau de subgrup, subiectul „tabu" se leagă de o fantasmă comună grupului. Pot exista subiecte „tabu" și în cazul psihoterapiei individuale (cura individuală). Depășirea lor este un semn că grupul (sau individul) acceptă situația terapeutică în mod real, dar mai ales denotă implicarea în travaliul terapeutic. Monitorul sau analistul nu vor forța intrarea în subiectele „tabu", în sensul că nu vor emite interpretări directe și profunde ale acestora, eventual vor sugera asociații libere pe marginea lor.

1026. **SUBIECTIV** (cf. lat. *subiectivus*) ● Determinant opus celui de „obiectiv", desemnind tot ceea ce depinde de subiect sau este inerent acestuia.

Categorial, calificativul exprimă specificul sau conținutul psihismului. Procesele și funcțiile psihice, în general viața psihică, aparțin unui subiect și sînt reprezentative pentru el. Deși conținuturile psihologice se exprimă într-o formă subiectivă sau sînt de factură subiectivă, aceasta nu înseamnă că ele sînt exclusiv subiective, întrucît, sub raport ontologic, subiectul reprezintă produsul obiectiv și superior al dezvoltării obiectului, respectiv a materiei.

Tipic și descriptiv, subiectivul se referă la ceea ce este inerent subiectului, ține de interioritatea sau intimitatea lui, ca trăire sau desfășurare de trăiri.

Stările emoțional-afective sînt subiective întrucît aparțin unui subiect și nu pot fi trăite decît de acesta, fără a fi însă determinate exclusiv de factori endogeni. Ele reflectă o relație cu un obiect sau persoană, manifestă „ceva" față de „cineva". În acest sens, trăirile afective, procesele mintale etc. sînt nu numai mijloace, ci și rezultate ale interacțiunii subiectului cu obiectul.

Mai mult, subiectivitatea deformatoare și accidental limitativă a subiectului epistemico-pragmatic se va reduce asimptotic pe măsura creșterii gradului de activism. Afirmația poate fi susținută dacă se compară gîndirea reflexivă, discursivă și complexă prin operațiile și conținuturile pe care le vehiculează, cu procesele perceptive, care implică demersuri mai simple și superficiale.

O accepțiune mai restrînsă a termenului de subiectiv, se referă la evaluarea dimensiunilor sau calităților unui obiect, realizată direct de un individ și neinstrumentată metrologic ; în acest caz se vorbește de „aprecieri subiective".

1027. **SUBIECTIVISM** ● Atitudine care nu admite altă realitate decît aceea a individului.

În filozofie, subiectivismul reprezintă o orientare idealistă care neagă existența lumii obiective, privind obiectul cunoașterii drept un produs al conștiinței, orientare care, in plan ontologic, conduce la solipsism.

Sub aspect sociologic, subiectivismul neagă existența legităților istorice obiective, absolutizînd rolul personalităților excepționale : conducători charismatici ai mulțimilor, capabili de inițiative epocale, care duc la utopism vizionar, la voluntarism și anarhism.

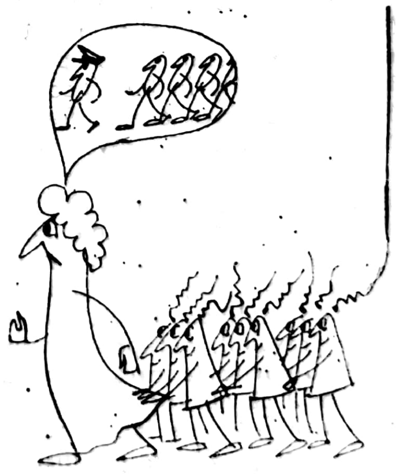
În limbajul comun, subiectivismul semnifică lipsa de judecată obiectivă, imparțială, reprezentînd o atitudine egocentrică în care se subliniază agresiv și nedisimulat Eul, desconsiderînd faptele, argumentele raționale, opiniile celorlalți, dacă acestea contrazic certitudinile și aspirațiile individului.

1028. **SUBLIM** (cf. lat. *sublimis* „înalt, măreț") ● Categorie fundamentală a esteticii, semnificînd tot ceea ce în natură sau în firea și destinul omului este covîrșitor de măreț, depășind măsura firescului și revelînd conștiinței o întrezărire a infinității. Tulburînd sufletul prin teamă și uimire în fața grandorii, sublimul se împlinește prin admirația perfecțiunii, a cărei contemplare înalță spiritul la altitudinea celor mai nobile sentimente morale.

1029. **SUBLIMARE** (cf. lat. *sublimare* „a înălța") ● Proces și mecanism psihic constînd în devierea energiei pulsionale sexuale spre obiecte și activități puternic valorizate social, îndeosebi activități artistice (de creație) și investigare intelectuală. Aparent, aceste activități nu au nimic comun cu sexualitatea, dar ele își găsesc suport și forță în pulsiunea sexuală. Sînt subliniate, în acest context, în special pulsiunile parțiale, neintegrate în forma definitivă a genitalității. Cîmpul activităților care au la bază mecanismul (procesul) sublimării este slab delimitat de FREUD, care nu specifică în ce măsură implică activitatea mintală superioară în genere sau strict activitatea de creație și nu precizează dacă în sublimare se include orice obiect cu valoare socială puternică sau numai o anumită categorie de obiecte (cele artistice). Ulterior, FREUD a precizat că în sublimare se produce o modificare esențială, atît în ceea ce privește scopul, cît și obiectul pulsiunii (energia pulsională sexuală). O primă explicație a mecanismului sublimării se referă la relația dintre pulsiunile sexuale și pulsiunile de autoconservare ; după cum funcțiile non-sexuale se pot contamina sexual (de exemplu, tulburările psihogene de alimentație), tot astfel pulsiunile sexuale pot devia spre scopuri și obiecte non-sexuale. O altă explicație se leagă de noțiunea de narcisism : capacitatea de a transforma o activitate sexuală într-una sublimată presupune retragerea libidoului asupra Eului, Eul fiind în stare să opereze desexualizarea și să deplaseze energia în activități non-sexuale. Melanie KLEIN consideră sublimarea ca avînd la bază o tendință de restaurare a „obiectului bun", obiect care a suportat acțiunea pulsiunilor destructoare. FREUD leagă sublimarea în special de pulsiunile sexuale, dar vorbește și despre o posibilitate de sublimare a pulsiunilor agresive. Anna FREUD consideră că sublimarea, ca proces de deplasare a scopului pulsional spre un nivel social superior, presupune o acceptare sau o cunoaștere a valorilor morale, trecînd prin existența unui Supraeu.

Ca mecanism de defensă, după Anna FREUD, sublimarea sau „deplasarea scopului instinctual" aparține mai mult domeniului normalității decît domeniului nevrozei. Sublimarea revine la „un destin original" pe care-l urmează pulsiunea, părăsind destinul ei specific. În „Trei eseuri asupra teoriei sexualității", FREUD consideră trăsăturile artistice ca fiind un amestec de „creație, perversiune și nevroză" ; sublimarea ar fi o descărcare și o utilizare a unei mari cantități de excitații sexuale într-o sferă de activități nonsexuale, în activități esențial „psihice". În aceeași lucrare, vorbind despre raportul dintre sublimare și refulare, FREUD consideră refularea ca o subspecie a sublimării, mecanismele acestor două procese fiind și în prezent necunoscute. Ulterior, FREUD distinge mecanismul sublimării de alte mecanisme (în special de acela al refulării), fără a explica însă foarte clar acest mecanism ; sublimarea implică esențial o deplasare a energiei, dar nu a unei energii refulate ; această deplasare ar ține de o aptitudine de dotare artistică. În perioada în care elaborează „Eul și Sinele", FREUD adaugă la procesul sublimării operația de desexualizare ; tot în această perioadă (elaborarea metapsihologiei Supraeului), autorul leagă sublimarea de identificare (identificarea cu imaginea model a tatălui, desexualizarea, ca etape în procesul de creație).

RICOEUR (în eseurile despre opera lui FREUD) consideră că procesul sublimării trebuie considerat sub două aspecte : constituirea unui nivel superior al științei umane, nivelul sublimului (acesta ar fi și aspectul operațional-procesual) și instrumentul simbolic prin care se constituie sublimul (aspectul instrumental). Primul aspect trimite la pro-



blemele etice legate de sublimare, al doilea la problemele estetice. FREUD pune latura etică în relaţie cu instanţele superioare, în special cu Supraeul ; în acest sens, sublimarea ar reveni la un compromis între interiorizarea imaginii ideale a figurii paterne (autoritatea exterioară de prim rang) şi diferenţierea înăuntrul energiilor profunde (libidou, narcisism, Sine). În perspectiva relaţiei dintre sublimare şi obiectul cultural, RICOEUR vorbeşte despre dialectica sublimării pe două registre : a avea şi a putea. Sentimentele şi semnificaţiile lor (corespondentele lor în semnificaţie) se întemeiază pe afecte aparţinînd diferitelor stadii libidinale : opera de artă este o unitate a deghizării şi dezvăluirii (a distorsiunii) şi a revelaţiei, constituite în simbol ca obiect cultural. Visul şi creaţia artistică ar constitui cele două extreme ale scalei simbolice, după cum predomină deghizarea şi distorsiunea (visul) sau dezvăluirea, revelaţia (opera de artă). Deghizarea şi dezvăluirea (revelaţia) operează în cuplu, dar în proporţii diferite, în funcţie de producţia onirică sau de creaţia artistică (FREUD, „Creaţia literară şi visul treaz"). Între oniric şi poetic există mai multe trepte : vis nocturn, reverie, joc, legendă, operă de artă. Orice creaţie se ancorează în aceeaşi funcţiune economică, procedează prin aceeaşi substituire a satisfacţiei, ca şi manifestările visului şi ale nevrozei. Vorbind despre „seducţia estetică", FREUD o leagă de economia dorinţei (seducţia estetică ca plăcere preliminară).

Există trepte ale oniricului şi trepte ale poeticului ; suprarealismul ar reprezenta o relansare a poeticului în oniric (vezi legătura dintre fantasmele obsesiei, temele repetiţiei, scriitura automatică). Sublimarea se sprijină pe limbaj şi pe funcţiunea simbolică a limbajului. Obiectul artei ar fi un produs al frămîntărilor şi modificărilor fiinţei creatoare pe drumul de la identificare la sublimare ; instrumentul principal, aici, este funcţia simbolică. Simbolul trimite la dorinţă, este semnul figurat al dorinţei. În arta psihopatologică apar, direct şi nemediat, prin elaborare de sens, proiecţii ale conflictelor profunde (poate nu atît ale dorinţelor cît ale conflictelor şi traumelor implicate de dorinţe), ale unor conţinuturi inconştiente care sparg o suprafaţă aparent rigidă prin expresii redevenite arhaice ; aceste expresii sînt produse ale unui drum străbătut înapoi, la un timp subiectiv anterior, un timp strict individual în care funcţionează modalităţi primitive de comunicare şi fiinţare.

1030. **SUBNARCOZĂ** (cf. *sub-* ; gr. *narkosis* „amorţire") — sin. NARCOZĂ LIMINARĂ → NARCOANALIZĂ.

1031. **SUBSTITUŢIE** (cf. lat. *substitutio* „înlocuire") ● Proces (sau operaţie) prin care o persoană, aflată în anumite raporturi cu un subiect şi avînd o anumită semnificaţie pentru acest subiect, este înlocuită cu altă persoană, din diferite motive. Există substitute parentale, în măsura în care este vorba de o absenţă temporară sau definitivă a părinţilor. Persoanele-substitut pot fi bunicii, educatorii sau orice alte persoane care capătă pentru subiect rol parental (care, prin însuşirile lor, corespund imaginilor parentale aşa cum funcţionează aceste imagini la subiectul în cauză). Legat de noţiunea de transfer, substitutul poate fi imaginar ; în cadrul relaţiei transferenţiale, subiectul proiectează asupra analistului emoţii şi sentimente care vizează o anumită persoană reală implicată în existenţa lui sau într-o experienţă esenţială a sa. Operaţia de substituire este frecventă în vis (E. JONES vorbeşte despre substituirea reciprocă a două persoane în cadrul unui singur vis) : o persoană apropiată subiectului şi înrudită cu el, cel mai frecvent un părinte, apare în vis ca atare, dar asociaţiile libere din cadrul curei trimit la o altă persoană, tot familiară subiectului. În acest caz, procesul de substituire are trei surse : persoana iniţială de care se leagă anumite amintiri, idei sau experienţe din copilărie ; o persoană secundară la care se raportează aceleaşi elemente din copilărie, dar reprimate ; personajul aparent, din vis, care trimite la persoana iniţială (la original) şi care seamănă cu persoana secundară (E. JONES, 1925). FREUD vorbeşte despre „formaţiune substitutivă", înţelegînd prin aceasta simptomele sau echivalenţele simptomatice (actele ratate, anumite trăsături ale persoanei) care înlocuiesc conţinuturi inconştiente. În accepţiunea lui FREUD, substituţia are un sens economic (simptomul înlocuieşte satisfacţia dorinţei inconştiente, deci simptomul ca satisfacţie de înlocuire) şi un sens simbolic (conţinutul inconştient este înlocuit de un altul). Cînd un proces pulsional este supus acţiunii unui mecanism de defensă, efectul poate fi un simptom cu valoare de formaţiune substitutivă (simptomele nevrotice se substituie satisfacţiei pulsionale specifice). În perspectiva economiei libidoului, substituţia revine la înlocuirea unei satisfacţii printr-o altă satisfacţie, această înlocuire avînd drept efect reducerea tensiunilor. Există o legătură între simptom (ca substitut) şi ceea ce simptomul înlocuieşte (obiectul substituit) ; astfel, substituţia capătă şi un sens simbolic, implicînd mecanisme de condensare şi deplasare. Simptomul are valoare de formaţiune substitutivă în special în cazul în care ceea ce predomină este satisfacţia dorinţei (spre deosebire de formaţiunea reacţională, în care predomină procesul defensiv) (→ FETIŞISM, fetişul ca substitut al penisului matern).

1032. **SUBSTITUŢIE NEURONALĂ** (cf. lat. *substituere* „a înlocui") ● Proces de înlocuire la nivelul reţelelor neuronale, care se poate realiza în următoarele situaţii :

- un neuron se poate substitui unuia sau mai multor neuroni în cazul în care eferenţele tuturor converg spre acelaşi strat neuronal ;
- mai mulţi neuroni se pot substitui unuia în cazul în care eferenţele lor se proiectează pe substrate neuronale diferite, substrate care în aceste situaţii vor suferi un proces de activare.

1033. **SUBSTITUŢIE PARENTALĂ** ● Obiect-persoană pe care o altă persoană îl investeşte cu semnificaţie parentală, maternă sau paternă. Substitutele parentale apar în diferite alegeri ale individului, în special la nevrotic, dat fiind faptul că aici relaţia primară de dependenţă la unul dintre partenerii parentali nu este rezolvată. În cura analitică, persoana analistului devine, în cadrul relaţiei de transfer, un substitut parental (→ OEDIP COMPLEX ; TRANSFER).

1034. **SUBTEST** (cf. *sub-* ; engl. *test* „probă") ● Secţiune a unui test, compusă dintr-un ansamblu coerent de itemi astfel selecţionaţi şi organizaţi încît să cuprindă unele particularităţi ale aspectelor psihologice pe care le vizează testul din care face parte (de exemplu, subtestul referitor la inteligenţa abstractă din testul de inteligenţă, subtestul referitor la flexibilitatea gîndirii din testul de creativitate etc.).

1035. **SUBTILITATE** (cf. lat. *subtilitas*) ● Capacitate de esenţă cognitivă (cu trimitere la inteligenţă), manifestată ca raţionament sau gînd, care surprinde nuanţele unui fenomen, lucru, acţiuni sau relaţii. Semnifică perspicacitatea, ingeniozitatea şi fineţea gîndirii. Subtilitatea este favorizată de intuiţie ca raţionament impregnat afectiv şi al cărui demers logic nu este conştientizat. Subtilitatea presupune nu numai o perfecţionare a mecanismelor gîndirii logice, ci şi o acuitate a capacităţii de a sesiza fenomenul dincolo de expresia sa exterioară, dincolo de aparenţă. Subtilitatea revine la a surprinde subtextul în text. Ea nu derivă din informaţional, dar foloseşte informaţionalul (combinările rapide de informaţii). Este afectată în măsura în care sînt afectate capacităţile cognitive. Poate fi modificată (îngustată) sau amplificată în condiţiile creşterii tensiunii emoţionale şi motivaţionale, în funcţie de interesul individului pentru o anumită situaţie, de mobilizarea sa în situaţii, de beneficiul obţinut.

1036. **SUCCES** (cf. lat. *successus*) ● Performanţă, reuşită sau recunoaştere socială de tip recompensator a unei acţiuni individuale sau colective. M. RALEA şi T. HERSENI au analizat pe larg, în „Sociologia succesului" (1962), semnificaţiile succesului de tip premial în plan social. Orice reuşită (succes) antrenează o descărcare energetică sau creatoare din partea individului, fiind în acelaşi timp stimulatoare în realizarea de noi performanţe.

Valenţele psihoeducative ale succesului se relevă cu pregnanţă în reeducarea copiilor cu tulburări de vorbire, caracteriale sau comportamentale ; dozarea dificultăţilor sarcinilor în funcţie de particularităţile lor de vîrstă şi psihopatologice (dozaj realizat de specialişti ca psihopedagogi, logopezi, pediatri) creşte probabilitatea de succes în rezolvarea probelor, ceea ce-i încurajează pe copii, indicîndu-le renunţarea la conduitele defectuoase sau negative.

Rezolvarea fericită a unui caz (succesul terapeutic) în psihiatrie este evaluată după o serie de parametri obiectivi :

- ameliorarea sau dispariţia în timp scurt a simptomatologiei cazului (expresie a corectitudinii diagnosticului şi a medicaţiei administrate) ;
- durata în timp a remisiunilor ;
- reinserţia pacientului în mediul familial şi socio-profesional ;
- economicitatea actului medical ş.a.

1037. **SUCCESIV — interval** (cf. lat. *succedere* „a urma") ● Succesiunea unor durate limitate de timp în care se manifestă o anumită boală, repetîndu-se fără întrerupere sau la intervale scurte și regulate. În psihiatrie, pentru psihoza maniaco-depresivă se utilizează în mod curent termenul de acces sau fază (→ ACCES, FAZĂ).

1038. **SUCCINILCOLINA**$^{(M)}$ ● Substanță cu efect miorelaxant, care se administrează uzual i.v., folosită în psihiatrie în tratamentul electroconvulsivant. Administrarea succinilcolinei înlătură, în electroșocul protejat, pericolul producerii de fracturi osoase sau smulgeri musculare și/sau de tendoane.

1039. **SUCCUBUS** ● Personaj fantastic, demon sau vrăjitoare care, conform credințelor din evul mediu, avea relații sexuale cu bărbații în timpul somnului acestora, fiind personajul în jurul căruia se constituiau unele deliruri demoniace sau de posesiune.

1040. **SUFLET** ● În gîndirea arhaică, dublu imaterial al persoanei, ascuns vederii obișnuite, purtător al dinamismului psihic, care părăsește corpul în clipa morții biologice, odată cu „ultima suflare". Rafinînd reprezentarea arhaică, încărcată de conotații magice, antichitatea a conceput sufletul ca principiu vital, sediu al gîndurilor (sufletul rațional ; lat. *animus*) și al pasiunilor (sufletul corporal ; lat. *anima*). O lungă tradiție a purtat peste secole opoziția între concepțiile vitaliste, care au încercat să reducă sufletul rațional la cel corporal, și concepțiile spiritualiste care au încercat reducția inversă. Gîndirea idealistă și teologia s-au irosit în vane încercări de a soluționa speculativ labirintica problematică a sufletului, ipostaziat ca esență autonomă față de fenomenalitatea corporală. Nemurirea sufletului (a cărei abordare filozofică începe cu dialogul „Phaidon" al lui PLATON) și unitatea dintre suflet și corp (ininteligibilă odată ce se postulează o radicală diferență ontică între cele două dimensiuni ale condiției omenești) au constituit multă vreme false probleme.

Evitat astăzi în limbajul științific, datorită conotațiilor sale mistico-religioase, termenul se păstrează în limbajul comun ca echivalent al noțiunilor de psihic sau conștiință individuală, denumind unitatea proceselor cognitive, emoționale și volitive ale persoanei.

1041. **SUFOCARE** (cf. lat. *suffocare* „a înăbuși ; a sufoca") ● Asfixia progresivă (limitarea aportului de oxigen necesar respirației), datorită unor fenomene patologice la nivelul aparatului cardio-respirator sau obstruării mecanice (voluntare sau involuntare) a gurii, nasului sau căilor aeriene superioare.

Varianta majoră, descrisă mai sus, reprezintă frecvent rezultatul unei crime sau este practicată la nou-născut (→ PRUNCUCIDERE) și, mult mai rar, consecința unui act suicidar (→ SUICID).

Moartea se produce prin asfixie datorată aplatizării traheii, tulburărilor circulatorii sanguine cerebrale sau reflexului declanșat de la nivelul receptorilor nervoși carotidieni.

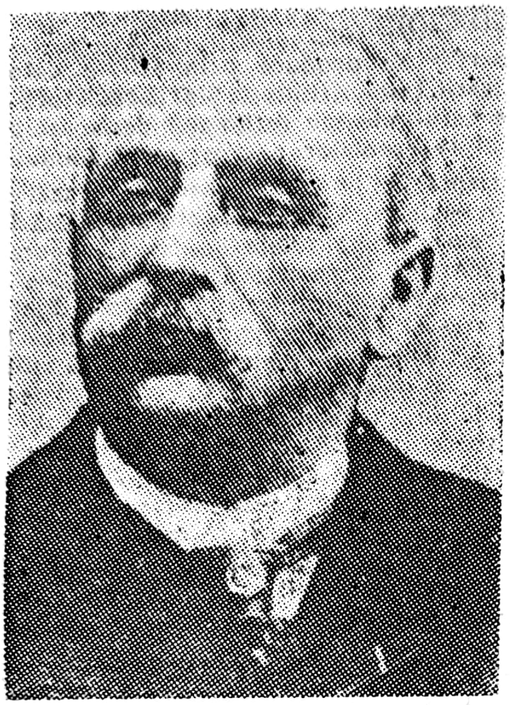
Varianta „minoră" o constituie senzația de asfixie — descrisă deseori la plural „sufocări" — pe care o acuză bolnavele (bolnavii) cu neurastenie cenestopată, nevroză isterică sau care apar în decompensările personalităților dizarmonice. Aceste cenestezii penibile, departe de a se obiectiva prin semnele caracteristice asfixiei, se află la originea unor suferințe subiective importante, care împiedică subiectul să-și desfășoare în mod fluent și optim activitatea profesională și în sinul familiei. Anxietatea și manifestările de tip fobic sînt frecvent asociate cu senzația de sufocare, formînd un complex clinic uneori greu de tratat, la care, pe lîngă chimioterapia anxiolitică, sînt necesare variate metode psihoterapeutice.

1042. **SUFOCARE ISTERICĂ** (cf. lat. *suffocare* „a înăbuși, a sufoca") ● Simptom făcînd parte din tulburările spastice ce alcătuiesc tabloul „globusului" isteric. Explicația găsită de psihanaliză se referă la rejecția inconștientă a încorporării fantasmelor referitoare la sexualitate sau agresivitate.

1043. **„SUGAR ETERN"** ● Termen utilizat de FREUD pentru a desemna tipuri de personalitate care simt de-a lungul întregii vieți o puternică trebuință de a fi protejați, susținuți și îngrijiți de altcineva.

1044. **SUGESTIE** (cf. lat. *suggestio*) ● Proces psihic constînd în influența exercitată de o persoană asupra publicului, uneia sau mai multor persoane, transmiterea unor sentimente, idei, tendințe, atitudini comportamentale ; metodă de psihoterapie constînd în a imprima bolnavului psihic convingeri optimiste în posibilitatea reversibilității fenomenelor patologice, mobilizarea lui pentru a putea lupta împotriva apariției unor fenomene psihopatologice, bolnavul putînd fi în stare de veghe, somn narcotic sau hipnotic (PREDESCU, 1970).

În sens strict psihologic, sugestia reprezintă activitatea unei tendințe izolate de ansamblul personalității, indusă prin anumite percepții (G. IONESCU).



Hippolyte Bernheim

Proprietăţile curative ale sugestiei erau cunoscute încă din antichitate (incantaţii mistice, sacrificii expiatorii, formule magice, credinţa în vindecare prin intervenţii divine) ; practici similare hipnozei şi persuasiunii erau folosite de către greci în templele lui ESCULAP, de către egipteni, babilonieni şi preoţii budişti. MEAD, contemporan cu NEWTON, MESMER (1766) şi PUYSEGUR (1784), explică sugestia prin teorii fluidiste, sub influenţa practicilor magiei şi magnetismului din secolele al XVI-lea şi al XVII-lea (PARACELSUS, Van HELMONT, KIRSCHER), iar José FARIA (1819), practicînd acelaşi „magnetism animal“, face primele tentative de explicare raţională a fenomenului, vorbind de „impresionabilitatea psihică“ — o primă aproximare a sugestibilităţii — necesară apariţiei „somnambulismului“ la subiectul supus acestei practici. LIÈBAULT (1830) şi Şcoala de la Nancy inaugurează faza medicală a hipnotismului, arătînd efectele sugestiei hipnotice asupra diferitelor tulburări psihice şi somatice.

În secolul al XX-lea, James BRAID, CHARCOT, BERNHEIM orientează studiul sugestiei şi hipnozei, cu care aceasta încă se confundă, spre explicaţii neurologice şi neuropsihologice, acreditînd un fenomen confirmat de practica medicală, dar privit de profani ca o metodă ocultă. Ei vorbesc chiar şi de o sugestie existentă în stare de veghe. În aceeaşi perioadă, G. TARDE şi E. DURKHEIM descriu în studiile lor clasice de sociologie formele sugestiei în viaţa socială, iar P. JANET o atribuie provocării unui impuls în locul unei percepţii reflectate. C. HULL (1933) introduce cercetarea experimentală a sugestiei.

În prezent se acceptă două sensuri generale ale producerii fenomenului de sugestie :

- sensul „mecanic“ sau „cognitiv“ (E. FROMM), care presupune transmiterea şi imprimarea ideilor, influenţelor, tendinţelor etc. de la hipnotizator la hipnotizat, acesta avînd un rol pasiv de receptor prin diminuarea simţului critic, a raţiunii proceselor psihice înalt diferenţiate ;
- sugestia indirectă, realizată prin plasticizarea imagistică a mesajului sugerat în scopul realizării unui impact emoţional (YOUNG) ; este sensul sugestiei întîlnit în comunicarea de tip artistic (unde imaginea, simbolul, modul metaforic de exprimare îmbogăţesc şi încarcă afectiv mesajul, plasticizîndu-l), dar este utilizat şi în hipnoză pentru distragerea atenţiei şi cenzurii subiectului şi realizarea unei comunicări intime, mintale cu acesta.

Diminuarea cenzurii subiectului nu conduce la iraţionalitate, ci la augmentarea capacităţilor sale intuitive, regresia obţinută nefiind patologică, ci egosintonă (BRENMAN, GILL — 1959).

Deşi constituie una din modalităţile principale ale interacţiunii umane, natura sugestiei rămîne neclară. S-au emis mai multe ipoteze în acest sens : ipoteza intelectualistă concepe sugestia ca o acţiune de modificare a proceselor intelectuale, de acceptare a unor judecăţi induse prin transmiterea de idei similare celor dominante fixe, ce gestează în inconştient, organizîndu-se sub forma unor soluţii sau idei noi. Această ipoteză, insuficientă în sine, a constituit punctul de plecare al studiilor moderne asupra relaţiei sugestiei cu învăţarea experimentală.

Ipoteza integralistă concepe sugestia ca o expresie a unor structuri de personalitate ce permit acumularea unor experienţe trăite în viaţa socială.

Ipoteza acţională presupune substituirea unei acţiuni elaborate, proprii, cu un act similar unui impuls, prin diminuarea voinţei. Persoanele susceptibile la sugestie ar avea o personalitate imatură în ceea ce priveşte instanţele voliţionale, fapt neconfirmat.

Ipoteza fiziologică echivalează starea de sugestie cu cea de somn, prin instalarea unei stări de inhibiție. Pentru PAVLOV, sugestia este efectul dominanței excitației într-un punct al emisferelor cerebrale, comanda hipnotică funcționînd preferențial în raport cu ceilalți excitanți, excluzînd însă participarea critică a conștiinței.

Ipoteza abisală stabilește substratul declanșării și întreținerii sugestibilității în subconștient, sugestia instalîndu-se prin blocarea mecanismelor de deliberare ale conștiinței și suspendarea cenzurii, care ar determina și creșterea performanțelor și a capacității de efort.

Au fost descrise grade diferite de sugestie (BAUDOUIN) : sugestia spontană — care evidențiază sugestibilitatea unui subiect (constituie principala preocupare a studiilor experimentale) ; sugestia reflexivă sau reflectată (autosugestia) ; sugestia provocată (heterosugestia). Tipuri de sugestie sînt : sugestia în stare de veghe, sugestia hipnotică, sugestia posthipnotică (subiectul execută actul sugerat după ieșirea din starea hipnotică), sugestia afectivă (DURAND, E. JONES) sau hipnotaxia (raportul emoțional dintre subiect și hipnotizator în timpul ședinței hipnotice), sugestia individuală, sugestia de grup și sugestia de masă.

Valoarea practică a sugestiei este de ordin educativ (sugestia reflectată) și psihoterapic atît pentru copil, cît și pentru adult (în tulburările minore de atenție, sugestia fiind activată de concentrarea atenției, de memorie, în combaterea hiperemotivității, timidității, neliniștii, anxietății, fobiilor, deprinderilor neadecvate, prejudecăților, tulburărilor funcționale). CHARCOT și BERNHEIM au fost primii care au folosit sugestia în mod științific, pentru efectele ei psihoterapeutice, primul sub stare hipnotică, al doilea în stare de veghe. JANET a sesizat de asemenea valoarea aplicativă a sugestiei directe (heterosugestia) în terapeutică, prin intermediul raportului autoritar al medicului asupra pacientului, fapt dovedit prin utilizarea convingerii (sau psihoterapiei funcționale) sau a hipnozei, care facilitează obținerea detentei emoționale (catharsis) sau a „prizei de conștiință" (hipnoanaliza).

Toate metodele psihoterapeutice datorează efectul lor mai mult sau mai puțin sugestiei. Efecte optime se obțin prin tehnicile autosugestive (antrenamentul autogen), care evită pericolul dependenței, posibil în metodele ce utilizează heterosugestia.

1045. **SUGESTIBILITATE** (cf. fr. *suggestibilité* : vezi lat. *suggestio*) ● Caracteristică psihofiziologică normală și trăsătură de personalitate care influențează virtual relațiile interpersonale și care constă (după A. BINET) în capacitatea de a răspunde la sugestie.

Sugestibilitatea normală se manifestă prin imitarea, uneori inconștientă, a unor gesturi și atitudini anodine ; la copii, la care sugestibilitatea este crescută, constituie premisa însușirii (prin imitații și învățări) deprinderilor pozitive în procesul educațional, dar și a unor deprinderi negative, care pot determina chiar acte de delincvență juvenilă.

Sugestibilitatea crescută se întîlnește în stări de oboseală, ebrietate, alte intoxicații ușoare, la persoane naive, iar sugestibilitatea patologică la imaturi cognitiv și afectiv-volitiv, cu insuficiența simțului critic (debili mintal, unii dizarmonici) sau deteriorări și demențe (unde ia forma aprobativității), precum și în delirul indus. O formă paradoxală de sugestibilitate se întîlnește la schizofrenii catatonici (în cadrul sindromului catatonic sau hebefrenocatatonic). Sugestibilitatea este trăsătura dominantă a personalității isterice (histrionismul sau psihoplasticitatea). Valorificată în tehnicile hipnotice, sugestibilitatea constituie fundalul oricărei terapeutici, disponibilitatea pacientului de a fi sugestionat trebuind dirijată de terapeut spre cîștigarea încrederii în vindecare. Sugestibilitatea excesivă poate fi însă și nocivă (diminuînd capacitatea de reflectare critică), sugestibilitatea unei persoane putînd fi augmentată din exterior, dar niciodată diminuată. Terapeutul trebuie să o valorifice la modul optim între „credința care salvează și iluzia care servește" (WOLLMAN).

Terapia hipnotică, în tradiția școlii de la Nancy, urmărește inducerea verbală a unei sugestibilități optime, obținerea unei stări de confort psihic care să facă subiectul receptiv la sugestiile ce permit dispariția simptomelor morbide. Sugestibilitatea astfel crescută este însoțită de concentrarea și menținerea involuntară a atenției asupra „cuvîntului-semnal". Nu există însă o perfectă corelație între sugestibilitate și efectele de inducție hipnotică (Erich FROMM). S-a constatat, totuși, utilizîndu-se scale standardizate de sugestibilitate la hipnoze, o corelație ridicată între amnezia hipnotică și sugestibilitate (IMM, 1965 ; BARBER și CALVERLEY, 1966 ; ORNE, 1966). Apariția amneziei hipnotice pare însă a fi dependentă mai mult de profunzimea hipnozei din momentul sugestionării pentru amnezie decît de scopul de sugestibilitate, chiar dacă acesta este acceptat ca indicator al nivelului de hipnoză (FIELD, EVANS, ORNE — 1965).

Aceasta dovedește că răspunsul la sugestia hipnotică nu este o trăsătură exclusivă a subiectului hipnotizat, un grad oarecare de susceptibilitate la sugestie existînd la oricare subiect.

Studii experimentale au constatat o sugestibilitate crescută în deprivarea senzorială (SANDERS, REYHER, 1969), uneori după antrenamentul alfa-bio-feedback (ENGSTROM, 1976), după ingestie de psihotomimetice (SJOBERG, HOLLISTER, 1965) și în special în tehnicile de „brain-washing", care sînt foarte asemănătoare în acest sens cu starea hipnotică sau deprivarea senzorială (GILL, BRENMAN — 1959).

Sugestibilitatea negativă constă în executarea unor acte opuse celor sugerate (negativismul).

1046. **SUGHIȚ** ● Contracție spasmodică reflexă a diafragmului, care produce un inspir brusc cu vibrarea corzilor vocale, generînd zgomotul și senzația caracteristice.

După cum afirmă TEODORESCU-EXARCU, semnificația fiziologică a acestui reflex nu este încă lămurită.

Este determinat de stimularea, de obicei mecanică, a terminațiilor senzitive din diafragm și a centrilor respiratori prin intermediul umoral (de exemplu, sughițul epidemic din encefalita van Economo) sau apare ca simptom isteric — caz în care diagnosticul diferențial nu ridică probleme (contextul psihogen prezent, însoțirea cu alte simptome isterice, cedarea la metode sugestive).

1047. **SUHANOV Serghei** (1867—1915) ● Psihiatru rus. Elev al lui KORSAKOV, a susținut în 1889 disertația de doctorat, fiind încadrat ca docent al catedrei de neuropsihiatrie din Moscova. Din 1908 este medic șef al spitalului din Petersburg, iar din 1909 predă cursul de psihologie patologică la universitatea din acest oraș. Din 1913 a predat cursul de psihopatologie judiciară. A fost un animator al activității publicistice din vremea sa : din 1901 redactor al revistei de neuropatologie și psihiatrie și fondator a încă trei reviste de psihiatrie.

Dintre cele mai importante lucrări ale sale pot fi citate : „Semiologia și diagnosticul bolilor psihice" (1904—1905), „Caractere patologice" (1912), „Bolile psihice" (1914).

1048. **SUHAREVA Grunia** (1891—1981) ● Psihiatru rus. A debutat în psihiatrie în 1917 la Kiev, unde a lucrat pînă în 1921. Din 1921 a activat la Moscova, unde a organizat instituții sanatoriale și secții de neuropsihiatrie infantilă și pentru adolescenți. Între 1933 și 1938 a condus catedra de psihiatrie din Harkov și, ulterior, clinica de psihoze infantile din Institutul de psihiatrie din Moscova, lucrînd în paralel ca șef al catedrei de neuropsihiatrie infantilă. Este una din fondatoarele neuropsihiatriei infantile și psihiatriei juvenile din Rusia. În lucrările sale a abordat în special clinica schizofreniei și psihopatiilor. A pus în activitatea sa un accent deosebit pe problemele organizatorice ale asistenței psihiatrice pentru copii și adolescenți.

Printre lucrările mai importante sînt de menționat : „Clinica schizofreniei la copil și adolescent" (1937), „Lecții clinice de psihiatrie infantilă" (patru ediții, între 1940—1965), „Curs de psihiatrie infantilă" (1974).

1049. **SUICID** (cf. lat. *sui* „de sine" ; *caedere* „a omorî") — sin. AUTOAGRESIUNE ; AUTOKIRIE ; AUTOLIZĂ ; AUTOTONAZIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SINUCIDERE.

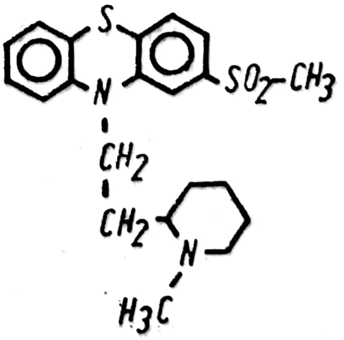
1050. **SULFATIDOZĂ JUVENILĂ(B) boală** — sin. AUSTIN(B) boală ● Afecțiune ereditară cu transmitere recesiv-autosomală, determinată de un deficit enzimatic genetic, care produce stocarea anormală a sulfat-acid-mucopolizaharidelor.

Clinic se caracterizează prin întîrziere profundă în dezvoltarea psihomotorie, care se observă încă din primele luni de la naștere, tulburări neurologice (spasticitate, tremor, mioclonii, nistagmus), facies gargolic (grotesc, frunte bombată, narine lățite, buze groase, limbă voluminoasă, dinți mici).

Examenele paraclinice evidențiază excreție urinară excesivă de mucopolizaharide acide, albuminorahie, degenerescență mielinică metacromatică și celule mieloide anormal granulate.

Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, decesele survenind, de obicei, înaintea vîrstei de 10—15 ani.

1051. **SULFORIDAZINE(DCI)** ● Derivat fenotiazinic de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil)etil/-



2-(metilsulfonil)-fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică, utilizat preponderent în psihogenii și în afecțiuni psihosomatice.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

IMAGOTAN$^{(M)}$ Elveția ; INOFAL$^{(M)}$ Germania ; INOSULON$^{(M)}$ Polonia → FENOTIAZINE și NEUROLEPTICE.

1052. SULFURĂ DE CARBON — intoxicație ● Solvent folosit în industria mătăsii artificiale, a cauciucului, în laboratoarele de anatomie patologică etc., pentru proprietățile lui deosebite față de grăsimi.

Intoxicația acută cu sulfură de carbon provoacă convulsii și cefalee, urmate de o stare de narcoză ; paralizia respiratorie este cauza cea mai frecventă a morții în aceste circumstanțe.

Intoxicația cronică este caracterizată prin polimorfismul tulburărilor psihice : manifestări de tip isteric, tulburări mnezice și sexuale, depresie cu idei de sinucidere, mai rar manie. Tulburările psihice sînt însoțite de tulburări neurologice : polinevrite, tremor, spasme, tulburări oftalmologice.

Simptomatologia intoxicației cu sulfură de carbon este asemănătoare celei provocate de administrarea disulfiramului, al cărui metabolit este. Efectul sulfurii de carbon pare legat de faptul că acționează ca un chelator al enzimelor care conțin cupru și împiedică sinteza norepinefrinei.

1053. SULLIVAN Harry Stack (1892—1949) ● Psihiatru american, care, prin activitatea sa teoretică, a pus bazele psihiatriei interpersonale, fondată pe principiile școlii culturale de psihanaliză și ale psihiatriei psihanalitice. Formația medicală și-a dobîndit-o la Colegiul de medicină și chirurgie din Chicago, obținînd doctoratul în medicină în 1917. Bogata experiență clinică însușită în timpul primului război mondial, la care a participat ca locotenent în Corpul medical al armatei, apoi la Spitalul veteranilor Sf. Elisabeta din Washington și, în fine, după 1923, la Spitalul Sheppard și Enock Pratt din Baltimore, i-a oferit posibilitatea acumulării unor cunoștințe aprofundate în domeniul psihozelor, în special al celor schizofrenice. Între 1925—1930 fiind director de investigație clinică al Spitalului din Baltimore, SULLIVAN devine recunoscut ca un mare expert în domeniul tulburărilor mintale. Acestea, în lumina teoriei lui A. MEYER, erau considerate la acea vreme reacții la situațiile vitale prin care treceau pacienții, interpretare ce justifică afirmația lui MULLAHY (1982) că „psihiatria era o disciplină relativ primitivă în Statele Unite".

Învățînd la școala lui A. MEYER și W. A. WHITE, dar fiind profund influențat de S. FREUD și doctrina sa, SULLIVAN a recunoscut necesitatea unei abordări interdisciplinare a bolilor psihice, cu profundă înțelegere și globală integrare a relațiilor interpersonale, la aceste idei aderînd ulterior și Karen HORNEY, E. FROMM, ERIKSON.

Teoria sa asupra practicării unei psihiatrii interpersonale se va materializa în lucrări ca : „Psihopatologia personală" (1932) (ale cărei idei aveau să fie perfecționate și reelaborate după moartea autorului) ; „Concepții despre psihiatria modernă" (1953) ; „Teoria interpersonală a psihiatriei" (1953) ; „Interviul psihiatric" (1954).

Concepînd psihiatria ca studiu al relațiilor interpersonale reale, simbolice sau al ambelor, SULLIVAN formulează părerea că obiectul acestei cercetări nu este individul, ci o situație interpersonală a sa la un moment dat, ținînd cont de faptul că personalitatea trăiește o serie complexă și dinamică de situații interpersonale. De la etapa de copil pînă la cea de adult, individul își dezvoltă un număr limitat de capacități care îi vor conferi un grad mai mic sau mai mare de maturizare în cadrul unui context cultural determinat care, în concepția autorului, nu este altceva decît rețeaua de relații interpersonale pe care le generează societatea sub multiplele și subtilele ei forme.

Abordînd teoria lui FREUD cu privire la dezvoltarea psihosexuală, SULLIVAN elaborează o nouă teorie a dezvoltării personalității, în care istoria trecută a persoanei se încorporează în comportamentul său prezent, abordînd „Eul personificat" ca un subsistem al Eului sau al dinamismului Eului. Nepunînd semnul de egalitate între Eu și personalitate, SULLIVAN îl concepe pe primul ca pe o orga-

Harry Stack Sullivan

nizare dinamică a persoanei în scheme relativ durabile și semnificative care îi caracterizează existența.

În viziunea autorului american, dezvoltarea personalității parcurge mai multe faze (etape), conturîndu-se ca un ansamblu de procese care emerg din experimentele interpersonale, considerate ca avînd o pondere mult mai mare decît forțele profunde intrapsihice. Aceste etape, în număr de cinci, ar fi următoarele :

- Prima copilărie (de la naștere pînă la aproximativ doi ani, cînd are loc dezvoltarea limbajului) : copilul stabilește relații de dependență și solicită ajutorul și bunăvoința celorlalte ființe umane, în primul rînd al mamei, prin intermediul satisfacerii trebuințelor. Împlinirea acestora îi conferă sentimentul de securitate, iar eșecul lor constituie prima sursă de anxietate. Astfel, atitudinile mamei și tatălui față de copil, împreună cu experiențele care se acumulează pe parcurs, contribuie la constituirea sistemului personalității (al „self"-ului, cum îl denumește SULLIVAN).
- A doua copilărie (între 2—5 ani de viață) constituie perioada aculturației. Cerințele contradictorii ale culturii pot crea dificultăți în dezvoltarea personalității, caracterizată în această etapă prin afirmarea activității voluntare.
- Etapa juvenilă (între 5—8 ani) marchează deplasarea nivelelor interpersonale în afara familiei și adoptarea altor „figuri parentale" în persoana educatorilor, profesorilor etc., cu care copilul intră în relații de autoritate, cooperare sau competiție. Conviețuirea cu partenerii de joacă, de grădiniță, de școală va fi planul în care copilul își va dezvolta și exprima trăsăturile de personalitate, stabilind contacte cu ceilalți, în modul său personal, caracteristic.
- Preadolescența (cuprinsă între 8—12 ani) este etapa în care se dezvoltă capacitatea de iubire și colaborare cu copii/persoane de același sex, dar cu deschidere și către sexul opus, dificultățile începînd a se manifesta la sfîrșitul perioadei, odată cu maturizarea sexuală gonadală.
- Adolescența reprezintă aproape totdeauna o etapă de tranziție marcată de dificultăți, mai ales cînd personalitatea respectivă este înzestrată cu un nivel scăzut al autostimei și cu o tendință crescută la anxietate. Prefigurarea necesității separării de familie și obținerea treptată a independenței, a dobîndirii unor aptitudini școlare sau tehnice, a alegerii unei profesii, a acceptării unor compromisuri în legătură cu valorile lumii adulte, constituie cadrul de delimitare a unei perioade tumultuoase, în care adolescentul își caută identitatea ca ființă umană.

Însușirea modelului heterosexual și asumarea rolului social reprezintă condițiile obligatorii pentru intrarea individului în viața adultă și cîștigarea atributelor caracteristice, fără ca aceasta să însemne că, implicit, el este în același timp matur. SULLIVAN pune accent pe noțiunea de „self-respect" (respectul de sine), ca atribut important al maturității, în sensul dobîndirii (de cele mai multe ori dificilă) a capacității de intimizare și colaborare cu ceilalți.

Această teorie a fost concepută de SULLIVAN ca o succesiune de „interviuri" psihiatrice, în care psihiatrului îi revine atît rolul de participant la procesul explorării personalității pacientului, cît și de observator al trăsăturilor și modelelor lui de apărare.

Focalizînd discuțiile pe anxietate și contextul interpersonal în care aceasta apare, SULLIVAN conferă acestui tip de comunicare medic-bolnav o valoare exploratorie, pentru materialul reprimat sau disociat pe care-l poate prezenta pacientul, și una de învățare în vederea restructurărilor noilor modele. Procesul terapeutic este considerat încheiat, atunci cînd pacientul se simte eliberat de mecanismele substitutive, validîndu-și capacitățile de a interrelaționa adecvat cu semenii săi.

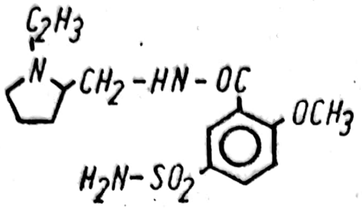
1054. **SULPAN**$^{(MC)}$ Brazilia ● Produs terapeutic compus din două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se complementează :

- **BROMAZEPAM**$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- **SULPIRID**$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat benzamidic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică și ușor antidepresivă.

1055. **SULPIRID**$^{(M)}$ Iugoslavia ● Neuroleptic, derivat benzoamidic → SULPIRIDE $^{(DCI)}$.

1056. **SULPIRIDE**$^{(DCI)}$ ● Neuroleptic, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii), dar este în același timp util și în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiunile psihosomatice (ulcer gastric și duodenal, gastrite, vertij, în special de tip Ménière). Pentru dozele mari, are efecte secundare comune cu neurolepticele incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.



Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

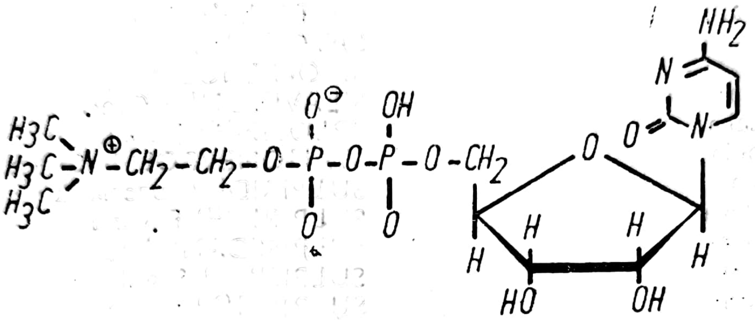
ABILIT$^{(M)}$ Japonia
ALIMORAL$^{(M)}$ Grecia
CHAMPIONYL$^{(M)}$ Italia
COOLSPAN$^{(M)}$ Japonia
CO-SULPIR$^{(M)}$ Spania
DANATIRYL$^{(M)}$ Coreea
DARLETON$^{(M)}$ Grecia
DARMATIL$^{(M)}$ Coreea
DESMENAT$^{(M)}$ Grecia
DIGTON$^{(M)}$ Spania
DIXIBON$^{(M)}$ Spania
DOBREN$^{(M)}$ Elveția
DOGMALID$^{(M)}$ Brazilia
DOGMATIL$^{(M)}$ Franța
DOGMATIL F$^{(M)}$ Germania
DOGMATYL$^{(M)}$ Grecia
DRESENT$^{(M)}$ Grecia
DROMINETAS$^{(M)}$ Spania
ECLORION$^{(M)}$ Grecia
EGLONYL$^{(M)}$ Iugoslavia
EKILID$^{(M)}$ Mexic
EMPIDILL$^{(M)}$ Coreea
ENIMOM$^{(M)}$ Grecia
EUSULPID$^{(M)}$ Italia
FARDALAN$^{(M)}$ Grecia
GELPID$^{(M)}$ Coreea
GUASTIL$^{(M)}$ Spania
ISNAMIDE$^{(M)}$ Italia
KAPIRIDE$^{(M)}$ Spania
KYLISTRO$^{(M)}$ Grecia
LAVODINA$^{(M)}$ Spania
LEBOPRIDE$^{(M)}$ Spania
LISOPIRIDE$^{(M)}$ Portugalia
LUSEDAN$^{(M)}$ Spania
MACTYL$^{(M)}$ Coreea
MARIASTEL$^{(M)}$ Grecia
MERESA$^{(M)}$ Elveția
METEXAL$^{(M)}$ Venezuela
MIRADOL$^{(M)}$ Japonia
MIRBANIL$^{(M)}$ Spania
MISULVAN$^{(M)}$ Argentina
MODAL$^{(M)}$ Israel
MODULAN$^{(M)}$ Brazilia
NEORIDE$^{(M)}$ Spania
NEUROMYFAR$^{(M)}$ Spania
NIVELAN$^{(M)}$ Argentina
NONESTON$^{(M)}$ Grecia
NORESTRAN$^{(M)}$ Grecia
NORMUM$^{(M)}$ Italia
NUFAROL$^{(M)}$ Grecia
OMITRYL$^{(M)}$ Grecia
OMPERAN$^{(M)}$ Japonia
OZODEPRIN$^{(M)}$ Grecia
PARATIL$^{(M)}$ Finlanda
PONTIRIDE$^{(M)}$ Mexic
PSICOCÉN$^{(M)}$ Spania
PYRIKAPPL$^{(M)}$ Japonia
QUIRIDIL$^{(M)}$ Italia
RESTFUL$^{(M)}$ Grecia
SATO$^{(M)}$ Italia
SICOFRENOL$^{(M)}$ Spania
SILAVIDON$^{(M)}$ Grecia
SPLOTIN$^{(M)}$ Japonia
STAMONEVROL$^{(M)}$ Grecia
SULPIRID$^{(M)}$ Iugoslavia
SULPIRIL$^{(M)}$ Finlanda
SULPISEDAN$^{(M)}$ Spania
SULPISIL$^{(M)}$ Spania
SUPRIUM$^{(M)}$ Finlanda
SURSUMID$^{(M)}$ Italia
TEPAVIL$^{(M)}$ Spania
TONOFIT$^{(M)}$ Spania
TRILAN$^{(M)}$ Italia
ULCERIDOL$^{(M)}$ Japonia
ULPIR-B$^{(M)}$ Japonia
VALIREM$^{(M)}$ Grecia
VIPRAL$^{(M)}$ Argentina
ZEMORCON$^{(M)}$ Grecia.

1057. **SUMAKOV**$^{(S)}$ **sindrom** ● Apariția unei patogenii somatovegetative în timpul intoxicației alcoolice cronice. Sindromul a fost descris de SUMAKOV în 1926.

1058. **SUMAȚIE** (cf. lat. *summa* „sumă, totalitate“) ● Proprietate a centrilor nervoși, constînd în faptul că un stimul de valoare redusă aplicat concomitent pe doi nervi învecinați, determină obținerea unui efect mai mare decît cel realizat prin stimularea succesivă a celor doi nervi. Explicația procesului constă în antrenarea concomitentă a unui număr de neuroni aflați în afara zonei de stimulare. Intensitatea excitației este subliminală și generează în soma neuronală un potențial postsinaptic excitator. Astfel, două excitații învecinate ce produc asupra aceluiași neuron doi stimuli subliminali determină sumarea efectelor și depolarizarea atinge nivelul critic pentru producerea potențialului de acțiune.

Consecința fenomenului este activarea unui număr mare de motoneuroni și de unități motorii, cu creșterea forței de contracție. Aplicarea stimulilor subliminali simultan pe mai mulți nervi aferenți ce converg spre același grup de neuroni motori se numește sumație spațială. Aplicarea stimulilor subliminali succesivi la intervale scurte, pe calea aceluiași nerv aferent se numește sumație temporală.

1059. **SUMIAL**$^{(M)}$ Spania — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.



1060. **SUMIKANG**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Doxepin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic de tip N,N-dimetildibenz/b,e/oxepin-$\Delta^{11(6H)}$$\gamma$-propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie, fapt care permite unor autori să-l aprecieze drept un bun anxiolitic cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN$^{(M)}$.

1061. **SUNCHOLIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă; practic nu are efecte simpaticomimetice.

1062. **SUO-YEONG**$^{(B)}$ **boală** (VARIABIL SUK YEONG) ● Patologie psihică cu puternice trăsături transculturale, care apare la populații asiatice, în special de origine etnică chineză (o epidemie de suo-yeong, izbucnită la Singapore în 1967, a cuprins alături de populația chineză și alte naționalități conlocuitoare — P.G. NGUI, R. HASSAN, T. K. LIAN). Semnele clinice sînt asemănătoare cu cele ale sindromului Koro (→).

1063. **SUPER-EGO** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ SUPRAEU.

1064. **SUPER-EGO PRECOCE** — sin. SUPRAEU ARHAIC ● Termen folosit în psihanaliză, desemnînd formarea unui Supraeu anterior Eului, care transformă agresivitatea în masochism. Eul este în permanență pedepsit de acest Supraeu, fapt pentru care Eul își impune un șir aproape nelimitat de expiațiuni, folosind diferite mecanisme de apărare (→ EU, SUPRAEU, MECANISME DE APĂRARE, MASOCHISM, NEVROZĂ OBSESIONALĂ).

1065. **SUPER-EGO PRIMITIV** ● Termen psihanalitic desemnînd un Super-Ego aparte de Super-Ego-ul parental, care ar avea o origine mai veche decît cel format prin contact parental și școlar. Este considerat a fi ereditar sau susceptibil de a fi influențat de factori ereditari, în contrast cu Super-Ego-ul parental care reflectă tradiția (→ SUPER-EGO).

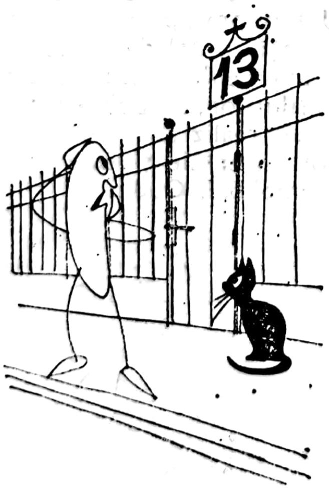
1066. **SUPER EMAGRIN**$^{(MC)}$ Argentina ● Produs terapeutic compus din două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se complementează:

- ● MEFENOREX$^{(M)}$ — psihostimulent, derivat feniletilaminic;
- ● DIAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-psiho-stimulatoare.

1067. **SUPERIORITATE — complex** (cf. fr. *supériorité*: vezi lat. *superior*) ● Ansamblu de atitudini, conduite, manifestări bazate pe convingerea persoanei (mai mult sau mai puțin fundamentată) că ar dispune de însușiri care depășesc, prin latura lor pozitivă, însușirile celorlalți oameni. Termenul este utilizat în psihologia individuală a lui ADLER, fără a fi foarte clar definit. Manifestările considerate de autor ca fiind caracteristice acestui complex ar fi: vanitate, cochetărie pînă la excentricitate, manieră comportamentală exagerat masculină la femei și exagerat feminină la bărbați, aroganţă, conduită tiranică, tendinţă la depreciere, cult exagerat al eroilor, tendinţa la stabilirea unor relaţii strînse cu persoane importante şi la a dirija pe cei slabi ; la acestea se adaugă manifestări afective : mînia, dorinţa de răzbunare sau, dimpotrivă, rîsul care bruiază, entuziasmul exagerat ; toate acestea au la bază un sentiment de inferioritate care poate duce la un complex de superioritate. ADLER afirmă că nevroza este un „act creator" avînd drept scop obţinerea superiorităţii ; de aceea nevroticul se opune vindecării, simptomatologia lui fiind în dezacord cu ceilalţi. În cazurile de toxicomanie, sentimentul inferiorităţii este înlăturat prin toxic, acest subterfugiu devenind o activitate întărită care compensează deficitul, mai mult sau mai puţin real, pe care individul îl resimte în raporturile sale sociale, în profesie, în relaţiile de familie. Efectul toxicului poate astfel deveni un sentiment de depăşire a dificultăţii şi de autodepăşire, un sentiment de rezolvare ce poate trece într-un complex de superioritate. După ADLER, esenţa nevrozei constă în utilizarea permanentă şi exagerată a disponibilităţilor psihice ale persoanei ; mijloacele psihice folosite exagerat, amplificate, permit subiectului o exaltare a valorii proprii ; modalitatea în care persoana îşi foloseşte resursele nu corespunde exigenţelor sociale. ADLER consideră că nevroticul se manifestă fie printr-o „activitate exaltată", fie printr-o „pasivitate afectată", ambele categorii de manifestări avînd drept scop fictiv dorinţa de putere, de afirmare a superiorităţii.

1068. SUPERSTIŢIE (cf. lat. *superstitio*) ● Credinţe de origine arhaică, în care se păstrează pînă astăzi (într-o paradoxală coexistenţă cu cele mai avansate cunoştinţe teoretice, în spiritualitatea unor persoane) străvechi reprezentări animiste — ce însufleţesc realul, populînd lucrurile cu spirite malefice sau benefice — şi magice (semne prevestitoare, talismane, vrăji, farmece, descîntece, zile, numere, ocazii fatidice sau norocoase etc.). Considerate erezii de către autorităţile ecleziastice, superstiţiile au persistat peste veacuri alături de dogmele religioase, avînd în comun cu acestea credinţa în supranatural.



În general, apanaj al mediilor subculturale, închistate în ocultism şi ignoranţă, superstiţia poate fi însă şi un atribut al unor structurări dizarmonice de personalitate (psihastenul anancast, istericul) sau al corolarului simptomatologic al delirurilor magico-mistice.

1069. SUPORT MORAL (cf. fr. *support moral*) ● Expresie aparţinînd limbajului comun, care se referă la susţinerea afectivă şi motivaţională a unei persoane prin altă persoană sau lucru (acţiune, activitate, profesie etc.). Suportul trimite la o situaţie existenţială dificilă, care a provocat la un individ anume, o reacţie şi, ulterior, o conduită de retragere sau renunţare faţă de angajările sale anterioare. Nevoia de suport moral revine la nevoia de sprijin, posibil echivalentă cu o exacerbare a trebuinţei de dependenţă. Persoanele care cer suport moral sînt în special nevroticii ; el reprezintă, de fapt, relaţia cu unul dintre partenerii parentali sau substituţi ai acestora (în cazul în care suportul este oferit de o persoană) ; fuga în activitate poate fi şi ea o formă de suport moral. Nevroticii au o toleranţă scăzută la frustrare, de aceea nevoia lor de suport moral se acutizează chiar în situaţii minore ; în majoritatea cazurilor însă este vorba de o conflictualitate mai profundă care, aparent, se rezolvă prin aşa-numitul suport moral, care echivalează frecvent cu un mecanism de defensă.

1070. SUPOTRAN$^{(M)}$ Franţa — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valenţe anxiolitice, de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat ; este indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acţiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicaţii.

1071. SUPPONIZINE$^{(M,C)}$ Franţa ● Produs farmaceutic compus din două medicamente tipizate cu acţiune diferită, care se complementează :

- ACEPROMAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- MEPROBAMAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic.

Are acţiune sedativ-anxiolitică.

1072. **SUPRA-** (cf. lat. *supra* „deasupra, mai mult, în plus") ● Element de compunere care introduce semnificaţia de depăşire a unei limite sau referinţa la poziţia spaţială.

1073. **SUPRACOMPENSARE** (cf. *supra-* ; lat. *compensatio* „echilibru, compensaţie") ● Atitudine sau ansamblu de atitudini prin care persoana urmăreşte nu numai depăşirea unei inferiorităţi, ci şi realizarea unor performanţe (exemplul clasic este acela al lui Demostene care, avînd o deficienţă de vorbire, ajunge orator). Dacă a compensa o inferioritate înseamnă revenirea la o atitudine normală, supracompensarea presupune exagerarea acestei atitudini, persoana nefiind conştientă de faptul că exagerează şi neavînd, în multe cazuri, nici conştiinţa inferiorităţii în cauză. Supracompensarea se caracterizează prin aceea că efortul de a compensa inferioritatea depăşeşte scopul iniţial. Inferioritatea pe care persoana încearcă să o anuleze poate fi organică sau psihică, avînd de obicei o dublă natură : organică şi psihică.

Psihanalitic, inferioritatea trimite la nerezolvarea complexului de castrare ; în acest sens, atitudinea supracompensatorie este o atitudine simptomatică, nevrotică. Complexul de inferioritate reprezintă, de fapt, complexul de castrare nerezolvat.

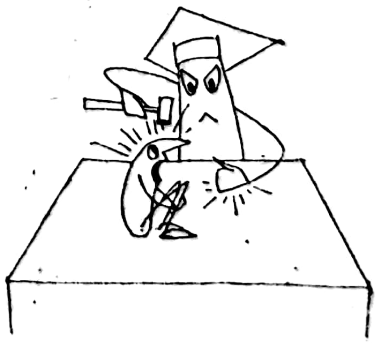
În cazuri frecvente, un complex de inferioritate generează atitudini supracompensatorii, însoţite de sentimente de superioritate, de dorinţa de putere şi dominare ; în perspectiva procesului adaptativ, acestea sînt atitudini patologice, inacdevate realităţii, şi pot avea intensitate nevrotică sau psihotică. Frecvent, manifestările de brutalitate, de tiranie sau de rivalitate extremă sînt manifestări supracompensatorii pentru un sentiment inconştient de insuficienţă, de neputinţă, în ultimă instanţă pentru un complex de inferioritate.

1074. **SUPRADETERMINARE** (cf. *supra-* ; lat. *determinare*) — sin. DETERMINARE MULTIPLĂ ● Factori determinanţi pentru un vis, simptom sau orice altă formaţiune a inconştientului. Există două accepţiuni ale supradeterminării : sensul restrîns, referitor la pluralitatea cauzelor care generează formaţiunea inconştientă, şi sensul mai general, referitor la faptul că elemente inconştiente se organizează în secvenţe diferite ca semnificaţii, secvenţe avînd o coerenţă proprie şi plasîndu-se la un anume nivel de interpretare. Analiza formaţiunii inconştiente implică deci în mod necesar mai multe niveluri de interpretare, corespunzătoare mai multor niveluri de profunzime. Astfel :

- în isterie, supradeterminarea simptomului reprezintă faptul că simptomul rezultă atît dintr-o predispoziţie constituţională, cît şi dintr-o serie de evenimente traumatice ;
- în vis, elementele conţinutului manifest sînt expresia condensării unei pluralităţi de „idei latente" ; visul, în întregime, implică o supradeterminare, ceea ce nu trimite la un şir nesfîrşit de interpretări, ci la o etajare a interpretărilor la diferite niveluri de profunzime ;
- în supradeterminare, lanţurile semnificative nu sînt paralele, ele se articulează într-un „punct nodal" ; simptomul reprezintă un compromis al acestor lanţuri semnificative (în isterie, simptomul apare ca rezultantă a două dorinţe opuse realizate într-o expresie unică) ;
- formaţiunile inconştiente au drept caracteristică generală supradeterminarea (J. LACAN, simptomul „structurat ca limbaj", inconştientul structurat ca limbaj, alunecările şi superpoziţiile de sensuri din formaţiunile inconştientului şi analogia lor cu aceleaşi alunecări, superpoziţii, condensări la nivelul limbajului).

1075. **SUPRAESTIMARE**$^{(D)}$ **delir** (cf. *supra-* ; lat. *aestimare* „a evalua") ● Delir care se dezvoltă din ideile de supraapreciere pe care subiectul le are despre posibilităţile sale. A fost descris de BIRNBAUM, în 1915. După unii autori (SMULEVICI), acest delir se poate sistematiza, luînd alura unui delir paranoic.

1076. **SUPRAEU** ● Una dintre instanţele personalităţii, în cadrul celei de a doua teorii a lui FREUD asupra aparatului psihic (a doua topică), instanţă cu rol de cenzor faţă de Eu. Funcţiunile Supraeului sînt : conştiinţa morală, formarea idealurilor, autoobservaţia. Formarea Supraeului se realizează prin interiorizarea interdicţiilor parentale şi este în strînsă legătură cu complexul Oedip.



Există autori după care originea acestei instanțe s-ar afla în stadiile preoedipiene (Melanie KLEIN) sau în comportamente și mecanisme psihologice foarte precoce (LOVER, SPITZ). FREUD introduce noțiunea de Supraeu în „Eul și Sinele" (1923) ; ca instanță diferită de Eu și a cărei funcție este dominatoare, Supraeul se raportează la Eu ca la un obiect pe care îl judecă (în doliul patologic, în melancolie, subiectul se critică, se depreciază, se simte vinovat). Înainte de a defini Supraeul ca instanță, FREUD vorbește despre cenzură, ca funcție care interzice îndeplinirea anumitor dorințe (în felul acesta, ea este definită ca și conștiință morală în accepțiune clasică). O asemenea manifestare apare în nevroza obsesională, în care autoreproșurile se leagă de o culpabilitate inconștientă. Supraeul, ca instanță, se desprinde de Eu (FREUD, 1914—1915), funcționează ca supraveghetor în raport cu Eul și conține, la rîndul său, alte instanțe parțiale (de exemplu, idealul Eului). În sens larg, Supraeul îndeplinește rol de interdicție și de ideal ; în sens restrîns, corespunzător idealului de Eu, Supraeul reprezintă legea și interdicția de a o încălca. Formarea Supraeului este legată de rezolvarea complexului Oedip : dorințele oedipiene interzise provoacă la copil o renunțare, investiția asupra părinților se transformă în identificare cu părinții și, în acest fel, copilul interiorizează interdicția.

După unii autori, interiorizarea interdicțiilor se plasează în momente anterioare declinului complexului Oedip (FERENCZI : educarea sfincteriană ; Melanie KLEIN : faza orală, introiectarea obiectului „rău" și a obiectului „bun" ; R. SPITZ : identificarea cu agresorul, acțiunile impuse, identificarea cu gesturile celuilalt ar fi elemente primordiale în constituirea Supraeului).

Ch. BAUDOUIN vorbește despre două forme de identificare : prin educație (încercarea subiectului de a-și egala rivalul prin asemănarea cu el) și prin iubire (introiecția obiectului iubit și modelarea propriei persoane după acest obiect). Instanța parentală, ca model de identificare esențial în formarea Supraeului, nu se reduce la persoana reală a părintelui ; instanța este reprezentată de Supraeul părinților (copilul construiește în el un tată ideal, care se poate sprijini pe imaginea tatălui, dar, într-o măsură, i se poate opune). Alegerea tatălui ideal poate avea diverse cauze. Astfel, ea poate fi determinată de ostilitatea oedipiană, de interdicția (tabu) de a intra în rolul tatălui (de a se substitui tatălui). În cazul în care între membrii cuplului parental există un conflict puternic și fiul trece de partea mamei împotriva tatălui, atunci contradicția (opoziția) între tatăl real și tatăl ideal devine mai puternică. Refuzul tatălui real, în plan fantasmatic conștient sau inconștient, refuz exprimabil prin formula „eu nu sînt copilul părinților mei", are ca punct de plecare tot alegerea (construirea) tatălui ideal ; această manifestare fantasmatică trimite la mitul celei de-a doua nașteri (sau mitul eroului). Supraeul nu este identic cu conștiința morală ; conștiința morală reprezintă forma sub care se exercită una din funcțiile Supraeului. Ch. BAUDOUIN consideră Supraeul un „complex care se impune altor complexe pe care le reglează" ; forța Supraeului este împrumutată din aceste complexe și este întoarsă împotriva lor. După FREUD, forța Supraeului se află în raport de proporționalitate cu forța complexului Oedip și cu energia cheltuită pentru rezolvarea acestui complex. Interdicțiile venite de la părinți sau de la persoane care substituie părinții sau sînt asimilabile părinților sînt resimțite, inițial, ca o constrîngere exterioară ; ulterior, ele se interiorizează, devin constrîngeri interioare, acest moment marcînd formarea Supraeului. Respectarea consemnului implică respectarea persoanei de la care vine consemnul (P. BOUVET).

Faptul că o greșeală a unei persoane este aruncată asupra destinului sau asupra lui Dumnezeu are următoarea semnificație : în mod inconștient, destinul, cu atît mai mult Dumnezeu, este reprezentant (simbolic) al tatălui, față de care subiectul (mai ales copilul) se simte totdeauna inferior, ceea ce vine de la tată fiind resimțit ca o fatalitate. Conflictele între părinți, divorțul, perturbează procesul identificărilor și, în special, procesul acelei identificări implicate în geneza Supraeului. Mai multe identificări contradictorii împiedică formarea acestei instanțe, ca instanță unitară ; de aici pot rezulta deficiențe caracteriale sau morale (furt, minciună) ; aceste deficiențe pot fi interpretate și ca regresiuni la stadiul sadic-anal. Ele pot avea la bază și o identificare normală, dacă persoana cu care s-a făcut identificarea suferă de un dezechilibru psihic. În raport cu Eul, Supraeul este resimțit ca o instanță care pedepsește ; sentimentele de culpabilitate se explică prin faptul că, odată cu interiorizarea interdicțiilor, a regulilor (a legii), se interiorizează și pedeapsa ce urmează nerespectării acestora. Formarea Supraeului presupune acceptarea pedepsei (deci a mutilării) și această acceptare devine sentiment de culpabilitate.

Autopunițiunea este tot un efect al acțiunii inconștiente a Supraeului ; anumite simptome psihologice sau fizice se produc prin mecanismul autopunіţiunii ; astfel : simptomele nevrotice ascund nu doar realizarea unor dorinţe inconştiente sau manifestarea unui complex, ci şi autopuniţiunea legată de respectivele dorinţe sau complexe (de exemplu, tendinţele spectacular-exhibiţioniste sînt sancţionate printr-un simptom cum ar fi crampa scriitorului sau prin accentuarea timidităţi în anumite împrejurări sociale; actul scrierii este inconştient resimţit ca o exhibare indecentă — Ch. BAUDOUIN).

Sentimentul de culpabilitate poate fi legat de greşeli nesemnificative, chiar imaginare, resimţite ca grave datorită faptului că antrenează (sau provoacă) acţiunea complexelor şi stimulează o trebuinţă inconştientă de pedeapsă pînă acolo, încît persoana comite greşeli reale pentru a-şi satisface trebuinţa de pedeapsă prin sancţiuni reale. Reglarea vieţii psihice este numai una dintre funcţiunile Supraeului. Identificările cu personajele parentale constituie latura personală evoluată a Supraeului ; dar această instanţă are şi rădăcini primitive, care se manifestă extremist, prin acţiuni tiranice. Este vorba aici de o regresie a Supraeului la ceea ce el conţine ca primitiv, ca interdicţie sau rigoare impregnată de cruzime. Uneori, Eul are o „atitudine masochistă" faţă de Supraeu; în realitate, această atitudine reprezintă un eşec al puniţiunii, întrucît puniţiunea fiind aproape perfectă, este interior resimţită ca o bucurie (în mod firesc, pedeapsa provoacă suferinţe).

Supraeul care se manifestă prin imperative categorice este strîns legat de elementele primitive. Forţa lui este cu atît mai intensă în caracterul ei absolutist, cu cît aceste elemente instinctuale sînt mai puternice (de exemplu, cruzimea se poate sublima în severitate faţă de propria persoană sau în ascetism). Un astfel de Supraeu este supus unui risc crescut de „regresie" la componentele sale primitive.

1077. **SUPRAINTERPRETARE** (cf. *supra-*; lat. *interpretari* „a explica") ● Interpretare secundară a conţinutului viselor, apărută după o primă interpretare coerentă şi în aparenţă completă. Suprainterpretarea se leagă de supradeterminare. Aşadar, este vorba de o etajare a interpretărilor, de faptul că o interpretare nu este, de la început, completă, chiar dacă ea apare astfel. La suprainterpretare se ajunge prin extinderea asociaţiilor pe marginea conţinutului din vis.

În sens restrîns, suprainterpretarea reprezintă o interpretare mai profundă, ce atinge fantasmele inconştiente. Suprainterpretarea provine din faptul că, în vis, operează mecanismul condensării : o singură imagine concentrează (sau condensează) o serie de elemente inconştiente, cu diferite semnificaţii (este, de fapt, o condensare a dorinţelor, a realizărilor acestor dorinţe). În acest sens, FREUD vorbeşte despre „ombilicul visului", ca punct nodal, rămas în umbra oricărei interpretări, punct din care se ramifică derivatele dorinţei.

1078. **SUPRAINVESTIRE** (cf. *supra-*; lat. *investire*) ● Investiţii suplimentare pe care le suportă o reprezentare sau percepţie deja investite. Este vorba de o nouă cantitate de energie pulsională, care se plasează într-o reprezentare inconştientă (FREUD dă exemplul schizofreniei, în cazul căreia se produce o retragere narcisică a libidoului asupra Eului). În perspectiva economică, FREUD leagă noţiunea de suprainvestire de aceea de atenţie, ca „funcţiune psihică particulară" („Proiect de psihologie ştiinţifică", 1895) ; odată apărut un element al realităţii, Eul operează o suprainvestire a unei percepţii existente şi simultane cu acest element al realităţii. Suprainvestirea poate funcţiona şi ca modalitate de evitare sau limitare a unui pericol, a unui traumatism.

1079. **SUPRANATURAL** ● Postulat de toate credinţele religioase (pentru care reprezintă un element definitoriu), cuprinde tot ceea ce se sustrage legilor şi limitelor firescului accesibil experienţei omeneşti, răsturnînd ordinea naturală printr-o putere de esenţă divină. Dezvăluit în fenomene şi evenimente miraculoase, supranaturalul sfidează raţiunea, făcîndu-se cunoscut prin revelaţie, ca taină sau mister transinteligibil, îmbrăţişat prin fervoarea credinţei ; tentativele de raţionalizare a esenţei supranaturalului conduc cu necesitate la paradox, probînd astfel fie pretinsa mărginire a gîndirii în faţa transcendenţei (poziţia idealist-teologică), fie, dimpotrivă, absurditatea şi lipsa de temei a pretinselor revelaţii ale credinţei religioase (poziţia materialismului ateu).

Psihopatologia cunoaşte multiple „interferenţe" cu supranaturalul, mai ales în cadrul delirurilor cu tematică mistică, în care subiectul are convingerea că posedă puteri, investituri supranaturale sau poate „intra în contact" cu divinitatea prin transă, revelaţie etc.

1080. **SUPRARENALE — glande** (cf. *supra-*; lat. *ren* „rinichi") ● Glande situate la polul superior şi spre marginea internă a fiecărui rinichi, implicate activ în funcţia de adaptare a organismului, cele două zone constitutive avînd fiecare, prin morfofiziologia lor distinctă, un statut autonom.

Medulosuprarenala (zona centrală) produce catecolamine (80% adrenalină sau epinefrină și 20% noradrenalină sau norepinefrină). Dopamina este, în acest lanț de biosinteză, un intermediar pentru noradrenalină, acționînd la nivelul unui sistem propriu (dopaminergic). Noradrenalina reprezintă, pentru sistemul nervos simpatic, neurotransmițătorul specific. Schematic, biosinteza catecolaminelor ar putea fi reprezentată astfel: TIROZINA→ DOPA (dihidroxifenilalanina)→ DOPAMINA (dihidroxifeniletilamina) → NORADRENALINA → → ADRENALINA.

Corticosuprarenala (zona periferică) secretă hormoni mineralocorticoizi (zona glomerulară), hormoni glucocorticoizi (zona fasciculată), hormoni sexoizi (zona reticulată). Biosinteza acestor hormoni pornește de la colesterol, asupra căruia acționează unele enzime de tip hidroxilaze și dehidrogenaze, parcugînd diverse etape intermediare.

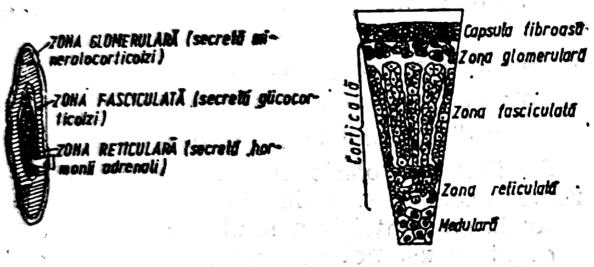

ZONA GLOMERULARĂ (secretă mineralocorticoizi)
ZONA FASCICULATĂ (secretă glicocorticoizi)
ZONA RETICULARĂ (secretă hormoni adrenali)
Corticală
Capsula fibroasă
Zona glomerulară
Zona fasciculată
Zona reticulată
Medulară

DIAGRAMA GLANDEI CORTICOSUPRARENALE. SE REMARCĂ DIFERENȚELE HISTOLOGICE ÎNTRE DIFERITELE ZONE ALE GLANDEI

Patologia acestor glande, cuprinzînd în tabloul clinic și tulburări psihice, este cunoscută de multă vreme și semnalată de autori care și-au legat definitiv numele de tablourile clinice de hipo- sau hiperfuncție: ADDISON — 1855, FRAENKELL — 1886, CUSHING — 1932, dar evidențierea catecolaminelor ca substanțe chimice în circulația de la nivelul medulosuprarenalei a fost realizată de abia în 1942.

Implicarea sistemului catecolaminergic simpatoadrenal (CANNON, 1915) și a axei hipofizo-suprarenaliene (SELYE, 1950) în explicarea mecanismului stresului acut a determinat o serie de cercetări ce folosesc ca instrument metodologic reacția corticosuprarenală (nivelul cortizolului plasmatic).

Situații ca: spitalizarea, antrenamentele sportive, interogarea și examinarea, schimbarea locuinței, schimbarea locului de muncă, urmărirea unui film, privarea de somn, zborul cosmic etc. sînt generatoare de stres pentru individ, fapt care se obiectivează prin hipersecreția cortizolică și catecolaminică (măsurarea 17-hidroxicetosteroizilor urinari). S-a observat chiar de la început (SELYE) că și emoțiile plăcute (unele filme, jocuri de noroc, excitația sexuală) generează o reacție catecolaminică puternică, uneori disociată de reacția corticosuprarenalei.

În timpul stresului, sistemul endocrin eliberează la nivelul suprarenalelor catecolamine și glucocorticoizi, dar inhibă androgenii (testosteronul). Norepinefrina, epinefrina și dopamina sînt puse în circulație avînd raportul dintre ele modificat față de secreția în condiții bazale. Se pare că epinefrina urinară este specific crescută în cazul prezenței ca factor psihologic a noutății și imprevizibilului situației, iar norepinefrina la concentrarea atenției, vigilenței și în efort crescut.

În condițiile unui stres cronic, reacția corticosuprarenală se stinge mai rapid și mai frecvent decît cea catecolaminergică (aceasta din urmă putîndu-se chiar amplifica, fapt care reprezintă o sursă potențială de boli cardiovasculare — M. COCULESCU, 1986).

Departe de a fi pe deplin elucidate, cunoașterea mecanismelor fiziopatologice și psihopatologice ale afecțiunilor glandelor suprarenale necesită utilizarea unor metode radioenzimatice, radioimunologice complexe.

1081. **SUPRARENINĂ** — sin. EPINEFRINĂ sin. → ADRENALINĂ.

1082. **SUPRARENOMETABOLIC$^{(S)}$ sindrom** sin. → CUSHING$^{(S)}$ sindrom.

1083. **SUPRASIMULAȚIE** (cf. *supra-*; lat. *simulatio* „prefăcătorie") ● Fenomen specific al simulației psihice: agravarea, exagerarea sau amplificarea simptomelor unei afecțiuni psihice (pe care subiectul a avut-o sau o are). Termenul a fost creat de INGEGNEROS, în urmă cu o jumătate de secol, în climatul problemelor pe care le punea și trebuia să le soluționeze medicina legală.

Suprasimularea este modificarea de conduită întîlnită frecvent printre delincvenții civili sau militari și în penitenciare. Mobilul urmărit este evident: obținerea unui anumit beneficiu. Cercetătorii francezi (POROT, BARDENAT, 1955) au găsit chiar o frecvență mai mare a fenomenelor de suprasimulare (3%) față de cele de simulare pură (1%), pe lotul de 500 de bolnavi expertizați. Interesant este faptul că suprasimulanții, prin exagerarea tulburărilor preexistente, ajung cu amplificarea pînă acolo, încît fabrică „simptome" total diferite de cele de la care au plecat, „creînd" o nouă boală.

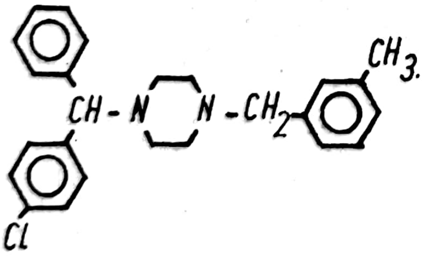
Astfel, debilii mintal reacţionează mai ales prin stări de agitaţie psihomotorie, conduite manieriste, atingînd intensitatea puerilismului psihic; personalităţile dizarmonice de tip isteric imaginează tablouri groteşti, în care elementele pitiatice şi simulative se îngemănează într-o manieră greu de diferenţiat. Alţi dizarmonici, cum sînt cei instabili şi cei explozivi, urmărind uneori scopuri precise, cum ar fi internarea într-o secţie spitalicească sau pensionarea, îşi amplifică voit unele tulburări, realizînd adevărate demonstraţii. Bolnavii depresivi, aflîndu-se în situaţii resimţite ca disperate şi avînd nevoie de afecţiune şi de securitate psihologică, îşi agravează tulburările, declară idei suicidare sau chiar comit tentative de autoliză.

1084. **SUPRASOLICITARE** (cf. *supra-* ; lat. *sollicitare* „a pune în mişcare, a agita") ● Ansamblu de stimulări (exerciţii, cerinţe, provocări, atracţii, exigenţe) venite din partea mediului către individ, care depăşesc capacităţile sale nervoase superioare de răspuns adecvat, eficient, echilibrat.

Efectele suprasolicitării sînt : oboseală, creşterea reactivităţii emoţionale (scăderea autocontrolului), dezinvestiţie (în plan motivaţional) şi eficienţă redusă în activitate, eventual tentative de retragere din activitate. În general este vorba despre o simptomatologie de tip nevrotic, care se remite fie prin întreruperea, pentru o perioadă, a ansamblului de stimulări, fie prin micşorarea numărului şi a frecvenţei stimulărilor.

1085. **SUPRAVEGHERE MEDICALĂ ACTIVĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DISPENSARIZARE.

1086. **SUPRIMAL**⁽ᴹ⁾ Olanda — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-pi-



perazină, cu acţiune marcat sedativă, hipnotică şi antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu neuroleptice incisive.

1087. **SUPRIUM**⁽ᴹ⁾ Spania — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-O-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile neurolepticelor incisive (endogenii), fiind, în acelaşi timp, util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale neurolepticelor incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

1088. **SURDITATE** (cf. lat. *surditas*) ● Diminuarea pînă la abolire a percepţiei sunetelor, datorată unor leziuni survenite la diferite etaje ale analizatorului acustic :

- surditate de transmisie (modificări în anatomia sau funcţionalitatea urechii interne sau medii);
- surditate de percepţie (leziuni ale cohleei, căilor nervoase de transmitere, centrilor subcorticali ai integrării auzului);
- surditate mixtă (din combinarea celor două tipuri de afecţiuni descrise mai sus).

Ţinînd seama de alte criterii, se poate distinge între :

- surditate congenitală şi dobîndită ;
- surditate completă sau parţială ;
- surditate unilaterală şi bilaterală.

Surditatea profesională este termenul rezervat acelor forme de hipoacuzie care apar datorită existenţei în mediul de muncă a unor condiţii de zgomot continuu, chiar dacă zgomotele au o intensitate medie (telefonistele sînt un exemplu tipic pentru declanşarea acestui tip de surditate).

Surditatea joacă un rol favorizant sau determinant în generarea unor afecţiuni psihice. Avînd în vedere importanţa limbajului în dezvoltarea gîndirii, este lesne de înţeles că absenţa integrităţii funcţiei auditive încă de la naştere afectează grav capacitatea intelectuală a subiectului (care va fi şi mut), privindu-l de cîştigul informaţional imens pe care îl aduce vorbirea. În acest sens, BARDENAT afirmă că orbii din naştere sînt mai puţin limitaţi în dezvoltarea intelectuală decît surdomuţii, care (în condiţiile unui climat familial sau social rigid şi necomplezent) reprezintă un grup de handicapaţi senzorial cu potenţial psihopatologic important. Ei se structurează, în mare parte, ca personalităţi dizarmonice de tip imatur afectiv, instabil sau exploziv, la care deprivarea senzorială joacă uneori rolul de „broască" pentru „cheia" unor dezvoltări delirante, caracterizate prin idei de persecuţie şi de relaţie. Nu rare sînt şi psihozele paranoiace cu mecanism delirant-interpretativ de mare forţă. Se pare că surditatea nu joacă un rol determinant în apariţia schizofreniei, după cum o dovedesc studiile pe gemeni schizofreni normo- şi hipoacuzici.

Apărută în cadrul senescenţei ca fenomen consecutiv otosclerozei, surditatea are aici un caracter progresiv care, atunci cînd nu este acceptat ca atare sau nu este compensat prin proteză auditivă, reprezintă unul dintre factorii agravării patologiei vîrstei înaintate.

1089. **SURDITATE (de) PERCEPŢIE** ● Tip de surditate în care audiţia sunetelor şoptite este abolită, avînd un caracter electiv pentru sunete înalte. Proba Rinne este pozitivă, proba Weber lateralizată la urechea mai puţin afectată, iar proba Schwabach diminuată.

Apare în leziuni cohleare şi ale căilor nervoase. Ca orice surditate, poate sta la baza unor atitudini ostile, suspicioase, a unor dezvoltări patologice reactive ale personalităţii.

1090. **SURDITATE PSIHICĂ** → AGNOZIE.

1091. **SURDITATE (de) TRANSMISIE** ● Tip de surditate datorat afectării aparatului de transmitere a sunetelor (timpano-osicular), caracterizat prin afectarea mai accentuată a audiţiei sunetelor şoptite şi triada Bezold (ridicarea pragului inferior al percepţiei auditive, proba Rinne negativă, proba Weber lateralizată la urechea cea mai afectată). Reprezintă fondul pe care se grefează atitudini suspicioase, ostile, faţă de anturaj, unele producţii delirante → DELIR AL HIPOACUZICILOR.

1092. **SURDITATE VERBALĂ** — sin. LOGOCOFOZĂ → AFAZIE.

1093. **SURDITATE VERBALĂ PURĂ** ● Tulburare de integrare a percepţiei auditive, constînd în păstrarea auzului fiziologic, cu pierderea capacităţii înţelegerii limbajului vorbit, imposibilitatea repetării cuvintelor şi scrierii după dictare. Capacitatea de a vorbi şi de a scrie spontan şi independent este menţinută.

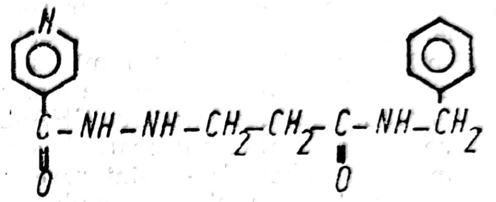
Surditatea verbală este consecinţa unor leziuni localizate în prima circumvoluţiune temporală, în apropierea circumvoluţiunilor Heschl, uni- sau bilateral.

1094. **SURDOLOGIE** (cf. lat. *surdus* „surd"; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Ştiinţă interdisciplinară care îşi propune, cu mijloacele psihopedagogiei, să găsească posibilităţi de suplinire a auzului şi de folosire maximă a potenţialului restant (C. PUFAN).

1095. **SURDOMUTITATE** (cf. lat. *surdus*; *mutus* „mut") → MUTITATE.

1096. **SUREM**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.

1097. **SURGEX**$^{(M)}$ Italia — DCI *Nialamidă* ● Antidepresiv timoleptic, derivat hidrazinic de tip 2-acid isonicotinic-/(2-benzilcarbamoil)etil/hidrazidă, indicat în depresiile inhibate.



Este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea); nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente şi antidepresive timoleptice, necesitînd o pauză de 14 zile. Contraindicaţiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

1098. **SURÎS** (după fr. *sourire*) ● Expresie facială semnificînd, în general, o emoţie plăcută, o stare de bine psihosomatic, reducţia sau dispariţia unei tensiuni. Are implicaţii sociale atît în ontogeneză, cît şi ca exteriorizare în relaţiile umane.

În primele luni de viaţă a copilului, este asociat cu stimulii senzoriali plăcuţi, apoi este condiţionat de auzirea vocii celor apropiaţi, devenind ulterior anticipativ şi dezvoltîndu-se treptat prin imitaţie şi nuanţîndu-se în funcţie de particularităţile individuale.

Surîsul este o formă de comunicare nonverbală convenţională, care exprimă situaţional ceea ce ar dori subiectul şi nu ceea ce simte de fapt. În unele afecţiuni psihice, surîsul este vizibil discordant cu starea psihică din momentul respectiv (schizofrenie) sau timp (oligofrenie).

1099. **„SURÎS INSISTENT"^{8} semn** ● Simptom descris în 1898 de BECHTEREV la persoane timide sau psihastenice, care caută astfel să-şi disimuleze teama de a nu zîmbi inoportun. Acest surîs poate lua uneori aspect paramimic.

1100. **SURMENAJ** (cf. fr. *surmenage*) ● Ansamblu al tulburărilor provenite dintr-un exces de oboseală a organismului ; reprezintă o stare de epuizare a resurselor fizice şi psihice, în urma unor eforturi prelungite sau repetate.

Se manifestă prin fatigabilitate intensă, cu cefalee, ameţeală, tulburări neurovegetative, scăderea pragurilor senzoriale (hiperestezie senzorială, în special auditivă, cu intoleranţă la zgomote şi chiar la sunete de intensitate normală), precordialgii, anorexie. Se accentuează prin folosirea unor stimulente (cafea, tutun, simpaticomimetice). Surmenajul poate fi un element important în etiologia neurasteniei şi, în genere, în alte tipuri de decompensări nevrotice. În depresia de epuizare (KIELHOLZ), surmenajul se manifestă prin simptomele neurastenice care însoţesc depresia. Ca variantă psihopatologică extremă, surmenajul poate apărea în sindroamele anxioase sau în delirul de epuizare descris de CHASLIN. Fenomenele simptomatice antrenate de surmenaj — în special oboseala — sînt reversibile prin repaos prelungit, reglarea ritmului nictemeral, întreruperea activităţii de bază (tratarea adecvată a asteniei şi insomniei).

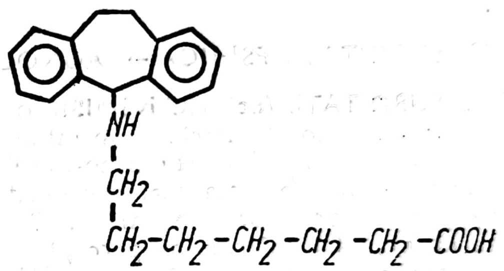
1101. **SURMONTIL**$^{(M)}$ Anglia, Belgia, Canada, Elveţia, Danemarca, Finlanda, Franţa, Italia, Japonia, Olanda, Portugalia, Spania, SUA, Suedia — DCI *Trimipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)-2-metilpropil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune antidepresivă şi anxiolitică. Are o bună toleranţă. Nu se asociază cu IMAO. Influenţează reflexele conducătorilor auto.

1102. **SURPLIX**$^{(M)}$ Italia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă. În psihoze, este posibilă şi se recomandă asocierea cu neuroleptice bazale. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze, trei luni ; în psihoze, şase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.

1103. **SURSUM**$^{(M)}$ Belgia, Elveţia — DCI *Iproclozid* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip (p-clorfenoxi)acid acetic 2-isopropilhidrazidă, indicat în depresiile inhibate ; este lipsit de efecte sedative, necesitînd asocierea. Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente şi antidepresive timoleptice, necesitînd o pauză de 14 zile. Contraindicaţiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

1104. **SURSUMID**$^{(M)}$ Italia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile neurolepticelor incisive (endogenii) şi, în acelaşi timp, este util şi în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale neurolepticelor incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

1105. **SURVECTOR**$^{(M)}$ Franţa, Spania — DCI *Amineptină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 7-/(10,11-dihidro-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-5-il)amino/acid heptanoic, cu acţiune antidepresivă medie, fără efecte sedative, cu valenţe anxiolitice. Nu se asociază cu IMAO.



1106. **SUSCEPTIBIBITATE** (cf. fr. *susceptibilité* : vezi lat. *susceptus* „primit") ● Atribut al unor indivizi, sisteme, situaţii, fenomene, procese de a fi capabile de schimbare sub acţiunea unor factori externi semnificativi.

Trăsătură caracterială, constînd din reacţii afective disproporţionate faţă de stimuli, specifică indivizilor egocentrici şi/sau predispuşi la interpretare negativă şi frustrantă a stimulilor în relaţie interpersonală. Este rezultat al mecanismului de proiecţie.

În accepţiunea comună, desemnează indivizii sensibili, cu reacţii preponderent depresive şi anxioase în relaţiile interpersonale.

1107. **SUSPANS** (cf. lat. *suspensus* „întrerupere, oprire") ● Termen cu o sferă largă de semnificaţii, ce pot merge de la amînarea unui răspuns, a unei decizii, a unui act, pînă la îndoială, incertitudine sau, mai ales, stare de aşteptare anxioasă justificată sau nu. Motivaţii contradictorii sau lipsa acestora, insuficienţa datelor semnificative ce pot permite elaborarea unui răspuns pot determina amînarea nelimitată a acestuia, acompaniată de indecizie, dubitaţie, anxietate.

În psihiatrie, aceste stări şi situaţii sînt caracteristice personalităţilor astenică şi senzitivă, dar pot apărea şi în perioada de debut al schizofreniei, precum şi în perioada de instalare a delirului cronic sistematizat, etapă în care patologicul invadează psihismul, dar nu s-au instalat încă definitiv convingerile delirante. Generalizată sau apărînd în pusee acute, paroxistice, ca ameninţare difuză sau ca sentiment al unui pericol iminent, aşteptarea anxioasă poate apărea în condiţii normale, în care are chiar efect benefic, pozitiv, prin rolurile sale adaptative.

1108. **SUSPICIOS** (cf. lat. *suspicio* „bănuială“) ● Caracteristică emoţională şi comportamentală constînd în teamă, neîncredere, bănuială într-o situaţie anume, faţă de un partener cu care subiectul stabileşte o relaţie impregnată afectiv. Este o caracteristică a personalităţilor senzitive şi paranoiace. În majoritatea cazurilor, are la bază mecanismul proiecţiei. LEONHARD o notează ca trăsătură a personalităţii hiperperseverente, care evoluează frecvent spre dezvoltări paranoice (subiectul interpretează acţiunile celuilalt ca fiind acţiuni menite să-i aducă un prejudiciu, acest demers interpretativ putînd ajunge pînă la delir). Un exemplu de manifestare a suspiciunii este gelozia (→ DELIR, DELIR SENZITIV DE RELAŢIE, GELOZIE).

Suspiciunea nu trebuie confundată cu prudenţa (prudenţa presupune un control real asupra pericolului, asupra factorilor de risc dintr-o situaţie şi, în acest sens, ea se înscrie în limitele normalului).

1109. **SUSŢINĂTOR — relaţie de** (cf. lat. *sustinere* „a sprijini, a susţine“) — sin. RELAŢIE DE SUSŢINERE ● În sens larg, act interpersonal, care implică o persoană (persoane) susţinătoare, cu rol de suport material sau moral, şi o alta susţinută (persoana ajutată sau sprijinită). Relaţiile care funcţionează între părinţi şi copii, între instituţii sociale sau medicale şi persoane deprofesionalizate (pensionate de vîrstă, invalide prin boală psihică sau somatică), relaţiile de vecinătate (prin proximitate topografică) sau de prietenie (fondate pe relaţii simpatetice, interese sau preocupări comune) se fundamentează pe sprijin predominant material (economic), spiritual (moral) sau mixt.

În sens restrîns, relaţia de susţinător se referă la o variantă specifică şi originală de ajutor specializat, acordat pacientului în condiţii de „criză“ (dezechilibru psihic, adaptativ etc.), cu funcţie profilactică sau curativ-terapeutică. După B. P. SCHNEIDER (1976), care distinge două tipuri de relaţii de susţinere (terapeutică şi psihoterapeutică), medicul psihoterapeut trebuie să ţină cont atît de „situaţia conflictuală interpersonală şi intrapsihică, cît şi de „aspectele inconştiente“ ale relaţiei lui cu pacientul. Conduita de susţinere poate consta în imaginea securizantă furnizată de poziţia privilegiată a medicului, de „primus inter pares“ în cadrul relaţiei cu pacientul, sau într-un sprijin medical concret, de ordin medicamentos, biologic, tehnico-procedural etc. Rolul de susţinător al medicului reclamă din partea acestuia calităţi umane şi psihologice deosebite, solicitudine, răbdare, înţelegere şi compasiune faţă de pacient şi suferinţa lui, interes mereu treaz pentru orice modificare apărută în tabloul bolii sau eveniment nou intervenit în viaţa pacientului, disponibilităţi empatice, promptitudine şi adecvare în sugestiile, sfaturile şi soluţiile avansate etc. Aşadar, ajutorul medical poate fi strict psihologic şi individualizat (de tip psihoterapie de susţinere) sau integrat actului medical global, ca tehnică psihologică adăugată altor terapii administrate. Relaţia de susţinere (susţinător-susţinut) se instituie ca o structură interpsihică stabilă şi stratificată de: percepţii interpersonale, comunicare, trăiri şi stări afective de atracţie sau respingere, acţiuni şi răspunsuri.

În oricare dintre formele ei, relaţia de susţinere acţionează atîta timp cît durează actul medical, fiind cel mai frecvent o acţiune directivă şi direcţionată, specifică şi adaptată cazului, independenţa pacientului faţă de medic reflectînd ameliorarea simptomatologiei, compensarea deficitului sau readaptarea, resocializarea lui (→ SUSŢINERE — terapie).

1110. **SUSŢINERE — terapie** ● În sens larg, termenul desemnează ansamblul tehnicilor şi metodelor psihologice utilizate în situaţii de criză (impas psihologic, dezechilibru emoţional sau adaptativ), ce reclamă o intervenţie promptă de sprijinire a individului (sănătos sau bolnav) pentru a depăşi un moment dificil din existenţa lui. Astfel înţeleasă, terapia de susţinere poate fi practicată, în afara medicului psihiatru şi a psihologului, şi de membrii familiei, de prieteni, profesori sau de medici de alte specialităţi (sens acordat de BALINT psihoterapiei efectuată de medicul practician).

Într-un sens mai restrîns, termenul se referă la o psihoterapie analitică de scurtă durată şi mai directă decît cea clasică, utilizată de sine stătător sau ca adjuvant (într-un context terapeutic mai larg: chimic, biologic).

în boli psihosomatice, dat fiind faptul că la aceşti subiecţi mecanismele de apărare intrapsihică sînt deficitare.

Tehnica urmăreşte şi cultivarea dependenţei pacientului, formarea anumitor mecanisme de apărare pe baza analizei simptomatologiei actuale. După vindecare, dependenţa va trebui lichidată cu prudenţă, întrucît relaţia iniţială transferenţială, deşi fragilă, se dovedeşte a fi foarte intensă.

Mecanismul de bază, indiferent de tehnica psihologică utilizată (încurajare, persuasiune, conciliere, sugestie, raţionalizarea situaţiei de criză, exemplul personal al „susţinătorului" etc.), îl constituie relaţia de încredere stabilită între susţinător şi susţinut (persoana în impas) şi atmosfera de comprehensiune, în care individul îşi poate exprima liber „conflictele interpersonale şi intrapsihice" (MARON, SCHNEIDER).

Un rol important în realizarea unei relaţii „transferenţiale" pozitive în terapiile de susţinere îl au calităţile umane, psihologice şi de specialitate ale susţinătorului : calmul, siguranţa de sine, răbdarea şi înţelegerea, disponibilităţile empatice, experienţa de viaţă etc.

Cea mai simplă formă de terapie de susţinere o constituie conversaţia unică sau sub formă de relatări periodice „faţă în faţă", telefonice sau prin corespondenţă, efectul benefic asupra persoanei în criză datorîndu-se conţinutului şi rezonanţei afective ale atitudinilor şi soluţiilor, sfaturilor şi sugestiilor avansate de susţinător.

Se recurge la încurajări sau asigurări verbale, la sfaturi şi gratificaţii morale (mergînd pînă la supraaprecierea individului susţinut) sau la minimalizarea eşecurilor, pericolelor. Persoanele calificate pot interveni în modul de viaţă al subiectului prin manipularea anturajului, prin organizarea timpului liber, sugerarea de hobby-uri sau formarea de grupuri de divertisment. Rezultatele terapeutice vor fi cu atît mai durabile şi eficiente, cu cît individul ajunge să găsească singur remedii sau soluţii practice menite să-l ajute în depăşirea fazei dificile din existenţa lui.

În practica psihiatrică, tehnicile de susţinere utilizate sînt adaptate nevoilor subiectului, naturii problematicii sau diagnosticului, vîrstei şi structurii de personalitate, fiecare intervenţie din partea psihoterapeutului trebuind să ajute direct sau indirect depăşirea stării de criză, explicarea unor relaţii interpersonale patogene, elucidarea unui aspect de viaţă sau a mecanismelor bolii etc.

Denumite şi „tehnici suportive", terapiile de susţinere sînt indicate în stări reactive (anxioase, depresive, de intensitate nevrotică sau psihotică), boli psihosomatice şi boli incurabile (cardiopatii, diabet, cancer, handicapuri senzoriale sau motorii etc.), la personalităţi cu dificultăţi adaptative sau indivizi din anturajul unor muribunzi etc.

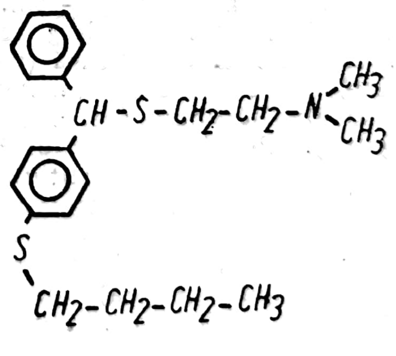
Prin extensiune, în categoria terapiilor de susţinere pot fi incluse tehnici psihoterapeutice „scurte" (tip Alexander), de „sfătuire", sub forma discuţiilor psihologice non-directive sau „clientcentered" (tip Rogers), de reeducare şi reconstrucţie (tip Vitoz), metoda „morală" creată de BARUK şi, mai rar, socioterapii sau ergoterapii. Indiferent de tehnica utilizată sau de persoana care o aplică, se ajunge inevitabil la crearea (într-o măsură mai mare sau mai mică) unei dependenţe, pasivităţi sau regresiuni, pericole asupra cărora atrag atenţia majoritatea autorilor (SIVADON, VERMEILEN, POROT, MICHAUX ş.a.).

Psihoterapiile de susţinere ar trebui să fie incluse în orice conduită medicală, indiferent de specialitate, reprezentînd, în primul rînd, un act de comprehensiune şi de sprijin uman şi, în ordine secundă, de intervenţie competent-curativă, prin mijloace specifice.

1111. SUTTER-LUCCIONI(S) sindrom $\xrightarrow{sin.}$ CARENŢĂ DE AUTORITATE(S) sindrom.

1112. SUTTON(B) boală $\xrightarrow{sin.}$ DELIRIUM TREMENS.

1113. SUVREN(M) SUA — DCI *Captodiamă* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip 2-/p-(butiltio)-α-fenilbenzil-tio/-N,N-dimetiletilamină, cu valenţe anxiolitice şi sedative comparabile cu ale produsului românesc HIDROXIZIN ; are o bună toleranţă, fapt care-l conferă o largă utilitate.



1114. SUXILEP(M) Germania — DCI *Etosuximid* ● Antiepileptic, cu toxicitatea cea mai redusă din seria succinimidelor, eficient în epilepsia de tip petit mal. Nu este eficient în formele psihomotorii și grand mal.

1115. **SVAVITIL(M)** Austria, Danemarca — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilamino-etil benzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. Are acțiune proconvulsivantă. În timpul tratamentului, se interzice consumul de alcool.

1116. **SYCOTROL(M)** SUA — DCI *Pipetanat* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă, comparativ cu acțiunea anticolinergică. Este indicat în nevroze cu fenomene vegetative, cenestopatii, afecțiuni psihosomatice. Are acțiune proconvulsivantă. Este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

1117. **SYDENHAM Thomas** (1624—1689) ● Considerat drept „HIPOCRATE englez", pentru contribuția sa la dezvoltarea medicinii engleze. Studiază la Oxford și Montpellier, își obține diploma la Cambridge de-abia în 1656 (fiind implicat în evenimentele politice ale Angliei secolului al XVII-lea).

A făcut studii deosebit de interesante asupra stărilor febrile (varicelă, malarie). A fost pionierul folosirii chininei în tratamentul malariei, a folosit „laudanumul" (soluție de opiu) în tratamentul durerii și a fost primul care a recomandat folosirea fierului în bolile sîngelui (cloroza).

A contribuit la dezvoltarea psihiatriei, semnalînd stările maniacale consecutive febrelor intercurente (delirul febril era cunoscut din antichitate), frecvența ridicată a isteriei — după opinia sa, unul din șase cazuri —, prezența isteriei și la bărbați (și deci negarea rolului uterului în declanșarea bolii). Isteria masculină a fost confirmată numai după două secole (BRIQUET și CHARCOT). Tot lui îi datorăm și descrierea coreei acute.

1118. **SYDENHAM(B) boală** — sin. COREE ACUTĂ; COREE REUMATISMALĂ; DANSUL SF. GUY; SAINT GUY(B) boală ● Afecțiune care se manifestă în copilărie, fiind caracteristică mai ales vîrstei școlare. Majoritatea autorilor consideră că boala Sydenham are aceeași etiologie cu reumatismul articular acut (30—60% din cazuri), bazîndu-se pe faptul că o mare parte dintre bolnavii de coree prezintă simptome (articulare sau cardiace) de reumatism articular acut, care pot să preceadă sau să urmeze episodul acut de coree. CHAPTAL și STOLLERMAN consideră coreea o manifestare imunoalergică particulară a bolii streptococice, ce survine în stadiul tardiv al acesteia. FACONI și WESSLER, deși clasifică coreea printre echivalențele reumatismului, o socotesc totuși o encefalită neuroalergică. SYDENHAM o consideră boală autonomă, produsă de un virus specific, încă necunoscut.

Afecțiunea este mai gravă la fete decît la băieți și apare cu precădere în lunile martie-aprilie și noiembrie-decembrie.

În prezent, se descriu două tipuri de coree: coreea pură (care se pare că nu are nici o legătură cu reumatismul articular acut și care ar putea fi de natură encefalitică) și coreea reumatică (ce apare la bolnavii care prezintă și alte fenomene reumatice).

Caracteristicile clinice ale afecțiunii permit ca diagnosticul de coree acută să fie în general ușor de stabilit:

- mișcări coreice (involuntare, aritmice, ilogice, dezordonate, bruște, explozive, rapide, de amplitudine mare, difuze, interesînd grupele musculare distale), care diminuează la repaus, în somn și sub acțiunea hipnoticelor și sînt amplificate de emoții, efort, frig, oboseală psihică;
- tulburări de coordonare și tulburări psihice variabile (labilitate afectivă, indispoziție, tulburări prosexice, fugă de idei, stare confuzivă și halucinații, în formele grave).

Sub numele de „postură coreică" s-a descris o poziție a mîinii, în care degetele și articulația metacarpofalangiană sînt în hiperextensie, în timp ce pumnul este flectat.

În cazurile în care pe prim plan se află hipotonia, se vorbește de „coree moale". La unii bolnavi, se pot evidenția și semne piramidale sau cerebeloase.

Alături de formele ușoare, medii și grave (care pot îmbrăca aspectul de „stare de rău coreic", denumire dată de CHARCOT), au fost descrise forme persistente (cronicizate) și parțiale (în care mișcările involuntare interesează anumite grupe musculare).

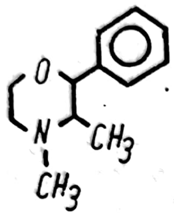
Durata bolii variază între patru săptămîni și opt luni. Prognosticul este, în general, benign. Cazurile grave se întîlnesc mai ales la copiii mari.

Tratamentul constă în administrarea de salicilat de sodiu, penicilină, cortizon, sedative, vitamine. Amigdalectomia este uneori indicată.

1119. **SYDNOCARB**$^{(M)}$ Ungaria, CSI — DCI *Mesocarb* ● Psihotrop de tip 3-(α-metilfenetil)-N-(fenilcarbamoil)sidnonă imină, cu acţiune anorexigenă şi psihostimulentă.

1120. **SYLADOR**$^{(M)}$ Danemarca — DCI *Metofenazat* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-/4-/3-(2-clorofenotiazin-10-il)propil/-1-piperazinil/etil 3, 4,5-trimmetoxibenzoat, cu acţiune antipsihotică rapidă şi valenţe anxiolitice.

1121. **SYMETRA**$^{(M)}$ SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3, 4-dimetil-2-fenilmorofolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări ale dinamicii sexuale. Este contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.



1122. **„SYMPSYCHIUM"** (cf. gr. *syn* „împreună"; *psyche* „suflet") ● Concept elaborat de filozoful olandez ORTT, desemnînd studiul psihologiei grupurilor şi structurilor sociale, ca structuri supraindividuale.

Apariţia conceptului a derivat din dificultatea de a supune procesele psihice unui examen minuţios, verificabil cantitativ, din necesitatea utilizării lui în studierea fiziologiei inteligenţei. Conform acestui concept, în orice structură vie există forţe reglatoare proprii. Cibernetica modernă susţine ideea utilizării unei părţi din energia corpului pentru alimentarea sistemelor automate de autoreglare. Pentru o activitate eficientă şi precisă, aceste sisteme consumă o cantitate crescîndă de energie, fenomenul energetic al structurii vii fiind cu totul diferit de al structurii inanimate, ceea ce conduce la premisa că viaţa are propriile sale principii de reglare şi structurare. Ideea aptitudinii de structurare este foarte utilizată, deoarece ea include capacitatea de autoorganizare atît în plan fizic, cît şi în planul psihismului. După PIAGET, omul este supus ierarhiei şi acţiunii sinergice a mai multor sisteme şi structuri. Structura este un sistem dotat cu autoreglare, în sensul stabilirii unui echilibru între organism şi mediu.

Conceptul lui ORTT pleacă de la definiţia „sufletului" ca fiind o entitate individuală, dotată cu capacitatea de autoreglare şi autopropagare, entitate care este caracteristică atît structurilor simple, cît şi celor complexe. La acestea din urmă însă, această entitate tinde să devină conştientă de existenţa ei, dar şi de posibilităţile pe care le are. În acest context, se poate spune că psihicul — sufletul, în concepţia autorului — controlează nu numai substanţa şi energia, dar şi impresiile, iluziile, amintirile, emoţiile, gîndirea raţională.

Omul — microcosmosul — se află în continuă interferenţă cu macrocosmosul cu care trebuie să comunice. La cel mai înalt nivel al propriei conştiinţe, psihicul se recunoaşte pe sine ca entitate dotată cu autoreglare — „ego". El este o parte a procesului de structurare, dar, în aceeaşi măsură, reflectă acest proces, dualitatea fiind perpetuu întreţinută.

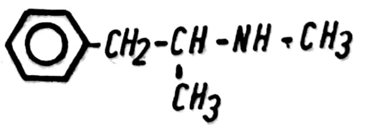
În concepţia lui ORTT, oamenii, organizaţi în structuri sociale, îşi regăsesc posibilitatea de a acţiona corespunzător. O astfel de structură socială este numită de ORTT „sympsychium", sufletul nefiind considerat ca entitate unică şi absolută în acest caz, ci ca o ierarhie de facultăţi cu reglaj intern, ele însele componente ale unei structuri mai diferenţiate.

1123. **SYNALGOS**$^{(M)}$ SUA — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativ-hipnotică, antihistaminică şi antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN$^{(M)}$.

1124. **SYNATAN**$^{(M)}$ Spania — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea ei în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

1125. **SYNDIAN**$^{(M)}$ Elveţia — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, indicat în astenie, preinvoluţie, sevraj, obezitate secundară curei neuroleptice. Nu se asociază cu IMAO.

1126. **SYNDROX**$^{(M)}$ SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valenţe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N,



$$\bigcirc\!-CH_2-\underset{CH_3}{CH}-NH-CH_3$$

α-dimetilfenetilamină, cu acţiune şi indicaţii similare cu ale AMFETAMINEI şi acelaşi risc al dependenţei.

1127. **SZONDI Leopold** (1893—1986) ● Psihiatru elveţian de origine maghiară. Studiază la Budapesta, unde, în 1919, îşi ia doctoratul în medicină. A lucrat ca neurolog şi psihiatru în policlinica budapestană, continuînd să facă o serie de studii în laboratoarele lui RAUSCHBURG. Din 1927, a preluat conducerea Laboratorului de cercetări psihologice al şcolii de ortopedagogie, fiind numit profesor universitar.

A făcut parte din activul grup de psihanalişti de la Budapesta: BALINT, Melanie KLEIN, Imre HERMAN, PFEIFER, RADO, ROHEIM, grup care s-a scindat odată cu ascensiunea dictaturii fasciste în Ungaria, membrii grupului părăsind ţara. În 1941, SZONDI a emigrat în Elveţia, la Zürich, unde a rămas pînă la sfîrşitul vieţii. A pus la punct o metodă proprie de explorare a personalităţii, testul de alegere a fotografiilor, pe care l-a folosit şi ca metodă de diagnostic psihiatric. A elaborat, de asemenea, o teorie personală asupra destinului individual, ca raport între anumite trăsături şi necesităţi pulsionale şi realităţile mediului, precum şi un model al dezvoltării personalităţii individuale.

A publicat o serie de lucrări dintre care pot fi menţionate: „Analiza destinului" — 1944, „Diagnosticul experimental al pulsiunilor" — 1947, „Patologia destinului" — 1952, „Analiza Eului" — 1956, „Psihoterapia destinului" — 1963, „Cain — prototipul relelor personaje" — 1969, „Diferenţierea pulsiunilor" — 1980. Deşi contestat vehement încă de la început, SZONDI şi-a creat o serie de adepţi şi o mare popularitate europeană. În Elveţia, funcţionează un Institut Szondi şi apare o revistă, „Szondiana", care se ocupă de problemele diagnosticului pulsional.

1128. **SZONDI$^{(T)}$ test** ● Test proiectiv de personalitate, bazat pe principiile psihologiei profunde şi constînd în alegerea afectivă (simpatie şi antipatie) a unor fotografii reprezentînd figuri umane; a fost creat de Leopold SZONDI, în 1947. SZONDI consideră alegerea ca manifestare esenţial semnificativă pentru destinul persoanei. După concepţia sa, există cinci alegeri mari în destin: alegerea în iubire (libidotropism), alegerea în profesie (operotropism), alegerea în prietenie (idealotropism), alegerea în boală (morbotropism), alegerea în moarte (thanatotropism). Aceste alegeri îşi au originea în trebuinţele fundamentale profunde (trebuinţe pulsionale). SZONDI îşi expune teoria în lucrarea „Analiza destinului". Lucrarea „Diagnostic experimental al pulsiunilor" (1947) este o introducere generală în metoda analizei destinului, metodă care investighează:

- aspiraţiile pulsionale inconştiente ale individului;
- poziţia Eului faţă de pericolul pulsional;
- dialectica Eului şi a celorlalte pulsiuni (destinul pulsiunilor şi destinul Eului).

În perspectiva „Analizei destinului", inconştientul conţine trei niveluri de manifestare:

- nivelul individual (conţinuturile supuse refulării, în copilărie; este domeniul psihanalizei freudiene);
- inconştientul familial (aspiraţiile pulsionale familiale, latente, care continuă să acţioneze în descendenţi; analiza şi terapia destinului sînt domeniul szondian);
- inconştientul colectiv (arhetipurile; sînt domeniul teoriei şi practicii jungiene).

După SZONDI, psihanaliza este ontologia psihismului profund, analiza destinului este genealogia psihismului, iar teoria arhetipurilor este arheologia psihismului. De menţionat că: nu se face o confruntare a subiectului cu profilul său pulsional; conţinuturile şi procesele inconştiente nu se dezvăluie după una sau mai multe aplicări ale testului, ci numai în cadrul situaţiei analitice, pe parcursul unui travaliu analitic, respectînd regulile unei terapii analitice. Analiza destinului distinge:

- aspiraţii sau tendinţe pulsionale (cele mai adînci unităţi pulsionale);
- trebuinţe sau factori pulsionali;
- pulsiuni sau vectori pulsionali (combinarea a două trebuinţe pulsionale cu acelaşi scop pulsional).

În patologia psihică, procesul pulsional atinge o anumită intensitate prin faptul că dozajul genelor pulsionale este mai mare decît în cazul normalului. Maladiile psihice ar fi maladii pulsionale. Dezintegrarea Eului şi a personalităţii s-ar datora unor forme particulare ale mecanismelor de defensă împotriva trebuinţelor pulsionale periculoase. După SZONDI, există patru grupe ereditare autonome ale maladiilor mintale:

- grupul ereditar schizofren (*Sch*-), din care fac parte maladiile de tip catatonic şi paranoid-paranoiac;
- grupul ereditar circular (C-) sau maniaco-depresiv, din care fac parte mania şi depresia, cu diverse echivalenţe;
- grupul ereditar paroxismal (P-) sau epileptiform, din care fac parte bolile paroxismale (epilepsia, isteria, echivalenţe ale epilepsiei);

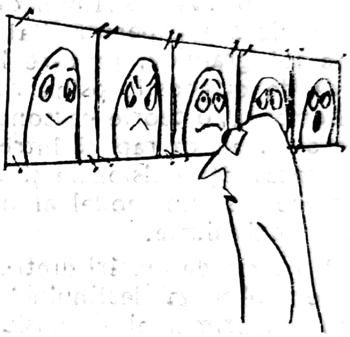
- grupul ereditar al bolilor de natură sexuală (*S*-), din care fac parte perversiunile sexuale.

Celor patru grupe le corespund patru vectori pulsionali (sau pulsiuni) :

- vectorul *S* (pulsiunea sexualităţii), avînd două trebuinţe pulsionale specifice : *h* (homosexualitatea) şi *s* (sadismul) ;
- vectorul *P* (pulsiunea paroxismalităţii), avînd două trebuinţe pulsionale specifice : *hy* (exhibiţionismul, isteria) şi e (vîscozitatea, aderenţa, epilepsia) ;
- vectorul *Sch* (pulsiunea Eului), avînd două trebuinţe pulsionale specifice : *k* (egoificarea, introiecţia, narcisismul, negarea, catatonia) şi *p* (investiţia în obiect, idealul, inflaţia, proiecţia, dilatarea, paranoidia) ;
- vectorul *C* (pulsiunea contactului), cu două trebuinţe pulsionale specifice : d şi *m*, avînd următoarele semnificaţii :
  - — factorul *d* : achiziţia, conservarea, depresia ;
  - — factorul *m* : consumul, fixaţia, mania.

Aceşti factori pulsionali generează, în manifestarea lor, patru tendinţe :

- tendinţa *d*+ este tendinţa spre căutarea de noi obiecte, de achiziţie sau de schimbare. Clasa pulsională *Cd*+ este clasa competitivilor, a subiecţilor care au în permanenţă impresia că sînt depăşiţi de ceilalţi, a depresivilor manifeşti ; sînt rivalii permanenţi, mereu în schimbare de obiect, datorită unei dorinţe primare de identificare cu idealul (cu personajul care a reuşit) sau datorită trebuinţei de a cuceri obiectul primar pierdut ; coportamental se caracterizează prin : infidelitate, căutare permanentă de obiect-surogat ; în patologie apare la depresivi, melancolici, jucători ;
- tendinţa *d*- este tendinţa aderenţei la obiect, refuzul de obiecte noi, conservatorismul, perseverarea. Clasa pulsională *Cd*- este clasa celor care nu renunţă ; sînt subiecţi conservatori, colanţi, care aderă la obiect, chiar dacă obiectul este pierdut pentru ei ; parteneri fideli în relaţia cu obiectul (fie acest obiect persoană, lucru sau idee) ; persoanele acestei clase nu renunţă, de obicei, la valorile materiale ;
- tendinţa *m*+ este tendinţa de acroşaj faţă de obiectul vechi, reprezintă trebuinţa de asigurare a posesiunii obiectului, tendinţa de securizare. Clasa pulsională *Cm*+ este clasa eternilor acroşaţi, specifică persoanelor sănătoase (mature) din punct de vedere afectiv ; predispoziţii patologice pentru stări anxioase (anxietatea de pierdere a obiectului) ;
- tendinţa *m*— este tendinţa spre separare, spre detaşare de obiect. Clasa pulsională *Cm*— reprezintă clasa abandonaţilor, a subiecţilor lipsiţi „de susţinere şi reţinere", marcaţi de suferinţa profundă a pierderii obiectului plăcerii ; comportamental (şi compensatoriu), aceşti subiecţi devin hedonişti permanenţi, căutători de plăcere (fără măsură) ; există la aceste persoane o trebuinţă latentă de acroşaj şi, simultan, o incapacitate de realizare a acroşajului, o incapacitate de identificare cu obiectul ; clasa apare la copiii de 3—4 ani, copiii de 7—8 ani, prepubertari, pubertari ; în psihopatologie : hipomania, psihoza maniacală.



Semnificaţiile psihologice ale celor opt factori (trebuinţe) pulsionali sînt următoarele :

- *h* : pasivitate, tandreţe, sentimentul matern, feminitate, spirit umanist, elenist, clasic ; homosexualitate ;
- *s* : activism, iniţiativă, agresivitate, masculinitate, virilitate, spirit patern, severitate ; sadism ;
- e : acumulare de afecte, furii, mînie, ură, dorinţă de răzbunare, conştiinţă etică, morală, spirit mistic ; epilepsia ;
- *hy* : autovalorizare, exhibiţionism, plăcerea de a se deghiza, de a se masca, de a se da în spectacol, de a se ascunde ; isteria ;
- *k* : coartarea Eului, egosistola, introiecţia, refularea, negarea, narcisismul, rigoarea, constringerea, posesiunea obiectelor prin egoificarea lor ; catatonia ;
- p : dilatarea Eului, egodiastola, investiţia, inflaţia, proiecţia, idealul de Eu, ambivalenţa inflativă, paranoia ;

- *d* : achiziția obiectuală, refuzul obiectelor noi, aviditatea, colecționarismul, achiziția ; depresia ;
- *m* : atașament-acroșaj față de obiecte vechi, consumul, fixația, oralitatea ; mania.

Așadar, există : patru vectori pulsionali (sau pulsiuni) ; opt factori pulsionali (sau trebuințe pulsionale) ; 16 tendințe pulsionale (după cum un factor este prezent în alegere pozitivă sau negativă : de exemplu, $h+$ sau $h-$, $s+$ sau $s-$, $e+$ sau $e-$ etc.). Testul Szondi constă în șase serii de cîte opt fotografii, reprezentînd indivizi suferind de maladii pulsionale foarte pronunțate și manifeste. Cele opt fotografii corespund celor opt factori pulsionali (*h*, *s*, *e*, *hy*, *k*, *p*, *d*, *m*). Există așadar, în tot setul de fotografii, pentru fiecare factor pulsional : șase pentru homosexualitate, șase pentru sadism, șase pentru epilepsie, șase pentru isterie, șase pentru catatonie etc.

Consemnul complet al probei, pentru cele două profile principale, profilul de prim plan și profilul culisei experimentale, este : „Am să vă arăt opt fotografii reprezentînd figuri umane. Vă rog priviți-le și alegeți pe cea care vi se pare mai simpatică dintre toate, apoi pe aceea care vi se pare mai simpatică în al doilea rînd (fotografiile alese se notează). Alegeți acum acea figură care vi se pare cea mai antipatică dintre toate, apoi pe cea considerată antipatică în al doilea rînd (se notează fotografiile antipatice). Din cele patru tipuri rămase vă rog să alegeți încă două antipatice". Fotografiile au o mare putere evocatoare, specifică trebuințelor pulsionale mai sus menționate. Fotografiile au fost verificate prin asociații verbale ; s-a constatat că aceste asociații se orientează spre semnificațiile psihologice și psihopatologice ale trebuințelor pulsionale corespunzătoare. De obicei, se aleg acele fotografii corespunzătoare tendințelor pulsionale celor mai apropiate de pragul conștiinței. Alegerea pozitivă a unei fotografii arată că trebuința pulsională este angajată într-o tendință pozitivă, ea se acumulează și este gata să se manifeste într-o situație favorabilă. Alegerea negativă exprimă o tendință negativă a trebuinței pulsionale, această trebuință fiind supusă refulării. Reacția zero (absența alegerilor în funcție de un anume factor pulsional) arată că trebuința pulsională respectivă este descărcată, că nu există nici tensiune, nici disponibilitate de manifestare (în acea etapă). Reacția ambivalentă sau bitendentă (alegeri pozitive sau negative într-unul și același factor pulsional) arată o luptă internă în angajarea trebuinței, ceea ce exprimă o descărcare iminentă, urmată apoi de o golire de tensiune, deci de o reacție zero. Reacțiile pozitive și negative sînt reacții „radicale". Reacțiile ambivalente sînt reacții „premanifeste". Alegerile efectuate se înscriu într-o grilă specială, cele pozitive deasupra liniei orizontale a profilului, cele negative sub linia orizontală a profilului. Pentru o interpretare semnificativă sînt necesare zece profile (zece aplicări, la distanțe de o zi sau cîteva zile) sau minimum cinci profile. Repere ale interpretării sînt :

- analiza profilelor pulsionale, separat și comparativ ;
- analiza reacțiilor radicale, a reacțiilor premanifeste și a reacțiilor zero ;
- analiza profilului de culisă experimentală ;
- analiza comparativă a profilului de prim plan și a profilului culisei experimentale ;
- analiza intrafactorială (tendințele negative și tendințele pozitive în interiorul fiecărui factor pulsional) ;
- analiza intravectorială (trebuințele pulsionale în interiorul unei pulsiuni) ;
- calculul și interpretarea coeficientului tensiunii tendințelor (Q.T.d.t. = raportul dintre numărul total de reacții zero și numărul total de reacții ambivalente ; dacă Q.T.d.t. oferă date asupra comportamentului, sub aspectul inhibițiilor comportamentale sau al manifestărilor decenzurate) ;
- stabilirea clasei pulsionale și a formulei pulsionale (analiza profilelor subiectului în funcție de clasa și formula pulsională).

În general, se combină procedeul interpretării libere (intuiția specialistului, formarea lui ca specialist în psihologia profundă) cu procedeul interpretării metodice (analiza profilelor, analiza defenselor în profilele Eului, analiza clasei pulsionale etc.). Testul are validitate ca instrument de investigare a dinamicii profunde a psihismului, cu implicare în etiopatogenia simptomelor. Este importantă, în acest sens, analiza clasei pulsionale și a formulei pulsionale, în contextul clasei respective. De asemenea, este semnificativă, în aceeași perspectivă etiopatogenetică profundă, analiza comparativă între profilele pulsionale Szondi (proiecția dinamică), conținuturile discursului Rorschach (proiecția structurală).

SSS
SSSS SS
SS SS
SSSS
SS
SSSS
SS SS
SS SSSS
SSS

1. ŞA TURCEASCĂ (lat. *sella turcica*) ● Formaţiune osteotendinoasă, care se prezintă ca o depresiune situată pe faţa superioară a osului sfenoid, avînd trei pereţi :

- peretele anterior începe la nivelul tuberculului selar, în vecinătatea şanţului opto-chiasmatic, unghiul format de peretele anterior cu tuberculul selar fiind de regulă un unghi drept ;
- peretele posterior este reprezentat de dorsumul selar, care se continuă superior cu apofizele clinoide superioare ;
- peretele inferior este reprezentat de peretele superior al sinusului sfenoidal.

În această depresiune, se află situată glanda hipofiză. Aspectul radiologic al şeii turceşti prezintă importanţă în diagnosticarea unor afecţiuni neuropsihice (mai ales hipertensiunea intracraniană) şi endocrine.

Radiologic, aspectul normal al şeii turceşti are următoarele caracteristici : conturul selar interior, reprezentat anterior de o linie unică, fundul şeii poate să prezinte 2—3 linii, în funcţie de adîncimea lojei ; diafragmul selar (deschiderea şeii) are dimensiuni variabile, în funcţie de înclinarea dorsumului şi de dimensiunile şi orientarea apofizelor clinoide anterioare. Ligamentele interclinoidiene se pot osifica, evidenţiindu-se radiologic.

În cazul afectării bazei craniului prin hipertensiune intracraniană, şaua turcească suferă modificări care reprezintă uneori singurele semne. Aceste modificări apar ca urmare a perturbărilor circulatorii din regiunea selară, determinate de compresiunea prelungită a recessus-ului infundibular. Se produc modificări indirecte (spre deosebire de cele directe, produse de formaţiunile neoplazice intraselare sau de vecinătate) constînd din : mărirea tuturor diametrelor, unghiul dintre planul sfenoidal şi peretele anterior al şeii se şterge sau se rotunjeşte, dorsumul selar se demineralizează şi scade în înălţime, diafragmul selar se măreşte ; rar, şaua apare balonizată.

În tumorile intraselare, se observă radiologic următoarele modificări : creşterea diametrului vertical (şaua se adînceşte), liniile arciforme ale planşeului selar se întretaie neregulat, unghiul dintre planul sfenoidal şi peretele anterior al şeii devine ascuţit, clinoidele anterioare iau aspectul de cioc de pasăre, „balonizarea" şeii este o regulă.

În adenomul intraselar, se produce o subţiere a dorsumului selar şi a clinoidelor posterioare, dorsumul selar rămînînd la acelaşi nivel cu tuberculul selar ; în timp, apare şi o erodare asimetrică a clinoidelor anterioare.

2. ŞAMANISM (cf. *tungus Šaman* „om în stare de extaz") ● Tehnică arhaică extatică (Mircea ELIADE) folosită de liderii religioşi ai unor comunităţi din Siberia şi Asia Centrală. Şamanul este pentru tribul său preot, magician, teolog, vraci şi consilier al şefului militar. În stare de extaz, el poate „zbura" în lumi îndepărtate şi îi pot fi accesibile paradisul sau infernul, poate lupta cu spiritele satanice şi cu puterile supranaturale sau poate călăuzi sufletele morţilor. Majoritatea autorilor sînt de acord în a recunoaşte că „performanţele" şamanice sînt legate pe de o parte de felul în care este provocată transa extatică, iar pe de altă parte, de trăsăturile particulare de personalitate pe care cei selecţionaţi pentru a deveni şamani trebuie să le aibă. Printre tehnicile speciale de provocare a stării de transă sînt utilizate excitarea aparatului vestibular prin rotirea şamanului pe o platformă a cărei viteză este în continuă creştere şi scăderea nivelului percepţiei cutanate prin folosirea de alcool, tutun, extracte de ciuperci sau plante cu efect narcotic.

Starea de supraexcitare senzorială poate fi provocată, de exemplu, prin folosirea tobei, cu sunetul ei monoton şi ritmic, aceasta creînd şi cadrul sonor pentru dansul ritual. Modificarea esteziei, considerată de OHLMARKS ca o rezultantă a condiţiilor de mediu („fenomenul artic") — carenţă a principiilor alimentare, în special vitaminice, monotonia peisajului, distribuţia luminii şi întunericului — a fost reconsiderată în urma criteriilor stabilite de M. ELIADE (1951) şi FINDERSEN (1957).

Structura personalităţii viitorului şaman, modalităţile prin care anumite persoane vor fi iniţiate în tehnicile şamanice constituie obiectul unor interesante observaţii : viitorul şaman este în general marcat de modificări de personalitate şi comportament ; încă din tinereţe sînt preferaţi indivizii detaşaţi de realitatea imediată, visători, cu crize de vertij şi lipotimii frecvente.

FINDERSEN a pus problema unei „boli a şamanilor" („Schamanenkrankheit") care s-ar manifesta printr-un comportament deosebit („persoana devine violentă şi-şi pierde uşor conştiinţa, se refugiază în păduri, se hrăneşte cu coajă de copac, se aruncă în apă sau foc, se răneşte cu cuţite" — Mircea ELIADE), precum şi prin modificări progresive ale timiei. HESTON afirmă predominanţa tipului schizoid de personalitate la şamani, insistînd asupra faptului că unele „experienţe" şamanice se pot constitui cu mai multă uşurinţă la indivizii cu trăsături schizoide. „Dedublarea", desomatizarea, asimbolia durerii („tăiatul în bucăţi") sînt în opinia unor autori mai frecvente la indivizi cu trăsături particulare de personalitate. Pentru această aserţiune pledează şi faptul că investirea cu funcţia de şaman se face în trei circumstanţe semnificative (M. ELIADE, 1967) : vocaţia spontană (individul are „chemare") ; moştenirea „ereditară" de către un descendent „dotat" al şamanului ; alegerea de către clan (mult mai rar). Toate cele trei ipostaze şi mai ales primele două arată importanţa factorilor constituţionali la investirea cu funcţia şamanică şi, implicit, în predispoziţia spre un anumit tip de psihopatie specifică.

Antrenamentul are un rol deosebit de important, în special în creşterea extraordinară a rezistenţei la durere, scop în care torturile şi intoxicaţiile fac parte din arsenalul metodelor obişnuite. Această anestezie controlată are un rol deosebit în realizarea unor practici rituale, centrale în „arta şamanică", legate de stăpînirea focului : înghiţirea de cărbuni aprinşi, mersul pe jăratec, atingerea unui metal incandescent etc.

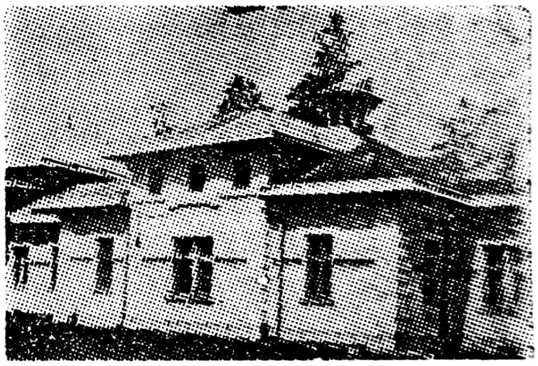
Opiniile asupra şamanismului sînt polarizate, şamanii fiind consideraţi fie persoane amăgite de propria lor închipuire, uimite de creaţiile unui psihism supus unor experienţe neobişnuite, fie, după V. G. BOGORAZ, „oameni nervoşi, uşor iritabili (...) aproape isterici, iar unii literalmente pe jumătate nebuni". Fenomenul şamanismului este o bună ilustrare a relaţiei dintre psihopatologie şi credinţele primitive, precum şi un argument în favoarea unor ipoteze psihopatologice.

3. **ŞARLATAN** (fr. *charlatan*) ● Persoană necinstită, impostor, farsor, care profită de naivitatea sau de buna-credinţă a cuiva (→ ESCROC, ESCROCHERIE).

4. **ŞCOALA ROMÂNEASCĂ DE PSIHIATRIE** ● Învăţămîntul psihiatric românesc a parcurs, ca şi întregul învăţămînt medical din ţara noastră, trei etape distincte : etapa învăţămîntului iatro-psihiatric, etapa învăţămîntului elementar şi etapa învăţămîntului medical superior (B. DUŢESCU şi N. MARCU).

Prima şi a doua etapă sînt mai puţin conturate pentru psihiatrie, deoarece lipsesc datele concrete. Ultima etapă a început în 1857, cu înfiinţarea la Bucureşti, din iniţiativa şi sub conducerea lui C. DAVILLA, a Şcolii naţionale de medicină şi farmacie, devenită, în 1869, Facultatea de Medicină.

Perioada dintre 1887—1900 este perioada constituirii primelor şcoli medicale de specialitate, a spiritului ştiinţific şi a primelor creaţii originale.



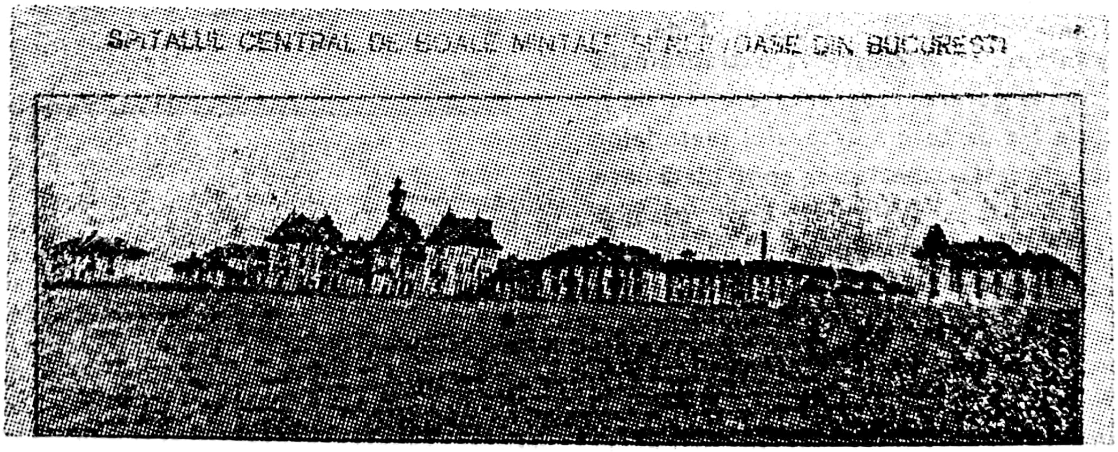
Spitalul Socola, 1910

Începuturile modernizării psihiatriei româneşti se plasează în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, cînd noile forme spitaliceşti iau locul azilelor de alienaţi înfiinţate pe lîngă mănăstirile Sf. Vineri şi Sărindari din Bucureşti, Adam şi Neamţ din Moldova şi pe lîngă biserica Madona Dudu din Craiova. Situaţia bolnavilor psihici, mutaţi pînă atunci dintr-un lăcaş mănăstiresc în altul (mănăstirea Negoieşti, Balamuci, între 1825 şi 1830), este reglementată pentru prima oară prin hotărîrea domnitorului Alexandru GHICA (11 decembrie 1838) de a încredința Eforiei spitalelor responsabilitatea tratamentului acestora. Prin urmare, bolnavii mintal au fost transferați într-o clădire din apropierea mănăstirii Mărcuța, lăcaş care va deveni astfel primul aşezămînt modern de psihiatrie de pe teritoriul românesc, la îmbunătățirea funcționării căruia şi-a adus o contribuție importantă, cît timp s-a aflat la conducere, medicul Nicolae GĂNESCU (1840—1848). Cam în aceeaşi perioadă (1846), funcționa la mănăstirea Neamț primul ospiciu din Moldova, în care îşi desfăşura activitatea un medic ce se îngrijea de „smintiții" din acele părți ale țării.

În timp ce la Mărcuța medici inimoşi, ca Petre PROTICI, se străduiau să obțină condiții cit mai bune pentru bolnavii psihici, dăruindu-se cu entuziasm activității de organizare şi conducere (1854—1867), la Iaşi, Epitropia spitalelor Sf. Spiridon a preluat asistența alienaților de la Golia, mutîndu-i într-un local anume destinat (1858). Cu un an înainte, la Cluj se puseseră bazele primului aşezămînt psihiatric în Casa Bogdanfy, ca anexă a spitalului public, pînă la darea în folosință a spitalului din Sibiu.

În cadrul Facultății de Medicină din Bucureşti a funcționat o catedră de boli mintale, al cărei prim titular a fost Alexandru ŞUȚU, personalitate care va da un nou impuls dezvoltării psihiatriei româneşti. Astfel, în anul universitar 1867—1868 el a predat benevol primele cursuri de „Clinică a maladiilor mintale" la ospiciul Mărcuța, cursuri continuate timp de 30 de ani. Sub redacția aceluiaşi înaintaş al şcolii de psihiatrie, va apărea şi „Gazeta spitalelor", Al. ŞUȚU fiind şi primul cercetător psihiatru de la noi din țară. Rodul muncii sale se concretizează prin apariția primei lucrări ştiințifice de psihiatrie legală, cu caracter de monografie, intitulată „Alienatul în fața societății şi ştiinței", publicată la Bucureşti, in 1877. Autorul face o primă încercare de nosologie psihiatrică, o descriere individualizată a bolilor psihice şi tentativa de a introduce şi generaliza o terminologie ştiințifică adecvată.

Deşi nu creează propriu-zis o şcoală, psihiatrii din Craiova aduc contribuții la asigurarea îngrijirii bolnavilor psihici în spiritul modern în care o făceau colegii lor din celelalte centre româneşti. Înființarea primului aşezămînt de asistență a bolnavilor psihici, „Azilul de smintiți şi imbecili" din curtea bisericii Maica Precista Dudu (1860), la a cărui conducere a fost numit medicul Nicolae HANSELMAN din Salzburg, a constituit un început de drum care a fost continuat, prin munca plină de dăruire a doctorilor George DEMETRIADIS şi Iosif FABRICIUS (între 1872—1888 şi, respectiv, 1888—1917).



Spitalul Gh. Marinescu, 1923

Un salt calitativ il realizează psihiatria clujeană după 1872 (anul infiinţării Universităţii și a Facultăţii de Medicină), primul profesor și titular al catedrei fiind Karoly LECHNER care, in 1901, reușește, prin eforturile sale, să mute bolnavii psihici in actualele clădiri ale spitalului de psihiatrie și neurologie.

La Iași, modernizarea asistenţei psihiatrice este marcată și prin numirea la conducerea secţiei de psihiatrie, ce funcţiona in cadrul Epitropiei spitalelor Sf. Spiridon, a primului medic psihiatru, Iulian LUKASZEWSKI (1883—1894), deţinător al unui doctorat susţinut la Berlin și autor al monografiei „Soarta nebunilor", membru al Societăţii de medici și naturaliști din Iași (prima societate știinţifică din ţară, ale cărei inceputuri datează din 1830).

În aceeași perioadă, pe teritoriul Bucovinei, la Cernăuţi, important centru administrativ, economic, cultural și de invăţămint mediu și universitar al epocii respective, este demnă de semnalat infiinţarea, de către doctorul C. ŢURCANU, in 1886, la Spitalul Central, a primului serviciu de psihiatrie de pe aceste meleaguri.

Invăţămintul universitar medical din Iași (infiinţat in 1879) includea printre cursurile sale și pe cele ale profesorului Alexandru BRĂESCU la ospiciul Golia, in 1899, intitulate „Patologia bolilor mintale", continuate apoi la Socola de către Panaite ZOSIN (1906—1912) și, ulterior, in mod strălucit, de către C. I. PARHON.

Anul 1889 este data infiinţării la Cluj a catedrei de neuropsihiatrie.

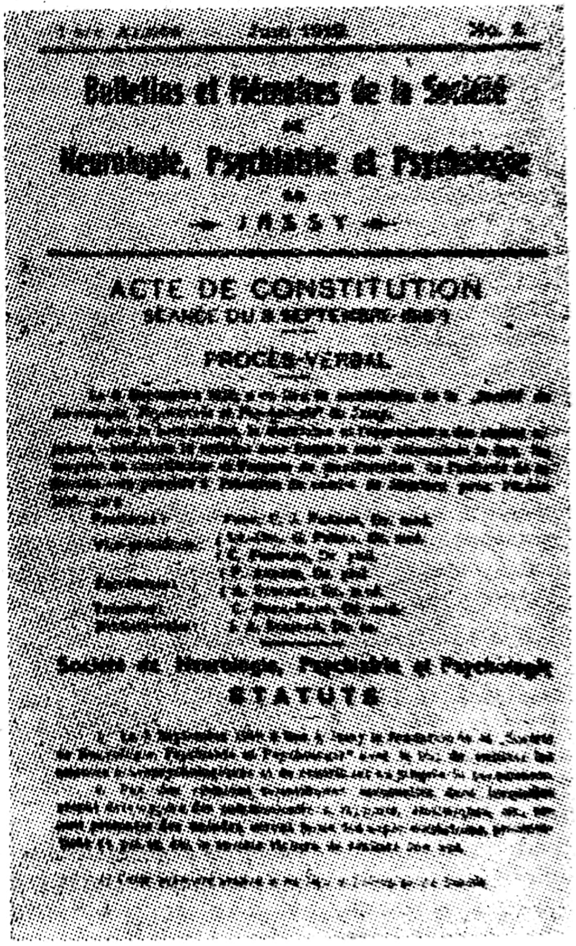
Sfirșitul veacului trecut și inceputul celui actual sint marcate de apariţii editoriale psihiatrice („Tratamentul alienaţilor", 1895, și „Studii psihiatrice", 1899 — de Gh. MILETICIU, la Craiova), de infiinţarea Societăţii române de neurologie și psihiatrie (București, 1905), și de darea in funcţiune la Iași, pe locul fostului seminar de la Socola, a spitalului de psihiatrie condus de Alexandru BRĂESCU.

În sud-vestul ţării, primele incercări de modernizare a asistenţei psihiatrice sint cunoscute din 1907, odată cu infiinţarea secţiei de boli psihice in cadrul Spitalului unificat din Lugoj.

După ce iniţiase, in perioada 1899—1906, construirea Spitalului Socola din Iași, Alexandru OBREGIA s-a preocupat și de construirea Spitalului Central din București (legiferată incă din 1892), devenind șeful catedrei de clinica bolilor mintale a Universităţii bucureștene (intre 1910—1934).

Psihiatru cu o pregătire complexă, OBREGIA a adus o contribuţie de seamă atit la organizarea invăţămintului psihiatric, cit și la organizarea modernă a asistenţei bolnavilor psihici, conducind „toată psihiatria românească intr-un spirit de inaltă știinţă și de mari realizări". Printre altele, a fost primul in România care a folosit cinematograful in scop didactic.

Perioada in care titularul catedrei de endocrinopsihiatrie de la Iași a fost doctorul C. I. PARHON (1912—1933) a fost marcată de numeroase evenimente știinţifice, printre care: infiinţarea Societăţii de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie (1918); publicarea Buletinului societăţii (1919), a cărui apariţie lunară, in franceză, a continuat cu regularitate, pină in 1947: afirmarea școlii de la Socola (savantul ocupa și postul de director al spitalului Socola) prin valoroasele cercetări știinţifice și prin direcţionarea progresului in problematica cercetării și asistenţei in patologia mintală, prin cele 18 congrese naţionale organizate.



Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie

IASSY

ACTE DE CONSTITUTION

PROCÈS-VERBAL

STATUTS

După 1933, funcţiile lui C. I. PARHON sint preluate de colaboratorul său, Leon BALIFF.

La Sibiu, inceputurile unei „școli medico-psihologice" sint iniţiate de grupul de psihiatri şi psihologi conduşi de medicul Gh. PREDA (1918).

La Cluj, după constituirea statului unitar român, primul profesor de psihiatrie a fost numit Constantin URECHIA (1919), care a condus Clinica de psihiatrie pînă în 1945. Elev al profesorului OBREGIA, sub îndrumarea căruia a lucrat mulţi ani în Clinica de psihiatrie din Bucureşti, el a reuşit să ridice şi să menţină clinica la nivelul celor din ţările avansate. De orientare anatomo-clinică, C. URECHIA se distinge prin studiile sale histopatologice, fiziopatologice şi biochimice în domeniul patologiei mintale. A fost îndrumătorul primelor serii de profesori cu profil medico-psihologic din Ardeal.

La Bucureşti, eforturile pentru redactarea unui tratat de boli mintale se concretizează prin tentativa doctorului Aurel DOBRESCU de a realiza o monografie mixtă de neurologie, neurofiziologie şi pshiatrie, intitulată „Boalele nervoase şi mintale. Prevenirea şi tratamentul lor" (1921), iar la Cluj, prin tipărirea, la intervale de 1—2 ani, a şase fascicule alcătuind un manual unitar sub titlul „Tratat de patologie neuromintală" (URECHIA şi MIHĂILESCU, 1924—1931). Această din urmă lucrare prezenta atît experienţa psihiatrilor români prin figurile ilustre ale lui C. I. PARHON şi OBREGIA, cît şi principalele boli psihice cunoscute în perioada respectivă.

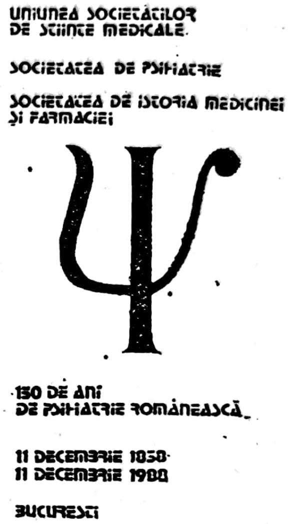
În 1925, C. I. PARHON publică „Bătrîneţea, senilitatea, psihozele vîrstei de involuţie, demenţa senilă, demenţa aterosclerotică".

În 1927, Ion POPESCU-SIBIU îşi susţine teza de doctorat la Facultatea de medicină din Iaşi, cu titlul „Doctrina lui Freud", prima lucrare românească de referinţă în domeniul psihanalizei, iar în 1932, doctorul Constantin VLAD se prezintă la examenul de doctorat cu teza „Contribuţiuni la studiul tratamentului psihanalitic", atestînd aderarea psihiatrilor români la curentele psihiatrice ale epocii.

Bazele învăţămîntului românesc de psihologie se pun în 1934, la Bucureşti, cînd se constituie „Societatea română de cercetări psihologice", în fruntea căreia a fost ales profesorul C. RĂDULESCU-MOTRU.

În anul următor, la Sibiu, medicul Gh. PREDA, director superior al Spitalului de psihiatrie, înfiinţează Societatea de psihologie medicală, care editează Buletinul Societăţii de psihologie medicală, avînd o contribuţie de seamă la delimitarea cadrului psihologiei medicale. În opinia sa, această disciplină nu trebuie să se rezume la activitatea psihoterapeutică, ci „să se ocupe de devierile şi deficitul psihismului, să studieze partea sănătoasă a acestuia prin metodele psihologiei experimentale şi să facă igienă şi profilaxie psihică pe teritoriul familial şi social''.

Anul 1938 reprezintă încununarea eforturilor psihiatrilor de a crea aşezăminte spitaliceşti corespunzătoare necesităţilor vremii ; iau fiinţă spitalele de la Plevna, Bălăceanca, Şipote, spitalele pentru oligofreni de la Cluj şi Ineu. La Cernăuţi se editează, sub îngrijirea medicului Gh. CONSTANTINESCU, Buletinul spitalului de boli nervoase şi mintale din Cernăuţi. În 1939 are loc, în acelaşi oraş, Congresul anual al Societăţii de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie.


UNIUNEA SOCIETĂTILOR
DE STIINTE MEDICALE

SOCIETATEA DE PSIHIATRIE

SOCIETATEA DE ISTORIA MEDICINEI
ŞI FARMACIEI

150 DE ANI
DE PSIHIATRIE ROMÂNEASCĂ

11 DECEMBRIE 1838-
11 DECEMBRIE 1988

BUCURESTI

În 1941, la Cluj, catedra de neurologie se uneşte cu cea de psihiatrie, sub conducerea profesorului Constantin URECHIA (pînă în 1946).

La Bucureşti, va prelua catedra de psihiatrie, între 1944—1946, profesorul C. I. PARHON ; succesorul său este profesorul Constantin URECHIA, pînă în 1948, urmat de profesorul Constanţa PARHON-ŞTEFĂNESCU (1949). Învăţămîntul de psihiatrie din România cunoaşte noi dimensiuni prin înfiinţarea (1945) de noi institute de medicină, la Timişoara şi la Tîrgu Mureş, în care îşi găsesc locul catedre de psihiatrie, ai căror ctitori sînt profesorii dr. Ed. PAMFIL şi, respectiv, dr. K. CSIKY.

În 1945, sub conducerea Constanţei PARHON-ŞTEFĂNESCU, colectivul disciplinei de psihiatrie din Bucureşti litografiază o serie de cursuri care, între 1963—1964, sînt reunite în două volume de „Lecţii de psihiatrie".

În 1956 este editată revista „Neurologie, psihiatrie, neurochirurgie", iar în 1961 are loc separarea Societăţii de psihiatrie de cea de neurologie. În cadrul Societăţii de psihiatrie şi-au găsit locul de prezentare şi discuţie, de-a lungul anilor, problemele unor boli psihice cu pondere crescută în structura morbidităţii sau cu potenţial invalidant ridicat (psihogeniile, psihopatiile şi stările ptihopatoide, patologia afectivă, anxioasă, schizofrenia la adult etc.) sau teme interdisciplinare (psihiatrie antropologică, epidemiologie psihiatrică, biochimia şi genetica unor boli psihice, psihiatria medico-legală etc.).

Din 1964 au fost organizate periodic conferinţe naţionale de psihiatrie, unele cu participare internaţională, ca şi mai multe manifestări ştiinţifice psihiatrice anuale, iar o serie de lucrări psihiatrice româneşti au fost prezentate la diferite manifestări de peste hotare, organizate sub egida Asociaţiei psihiatrice mondiale (a cărei membră este şi ţara noastră), a OMS sau a altor foruri naţionale sau internaţionale de specialitate.

Laboratorul de psihiatrie din cadrul Institutului de neurologie şi psihiatrie din Bucureşti s-a ocupat de numeroase teme de cercetare. Lucrarea „Terapia psihotropă“, a prof. dr. V. PREDESCU, apărută în 1968, aliniază psihiatria românească tendinţelor europene din acea perioadă. Ea a fost urmată de elaborarea (1976) primului tratat românesc de psihiatrie — „Psihiatria“ —, rod al eforturilor unui mare număr de psihiatri conduşi de acelaşi prof. dr. V. PREDESCU.

În perioada 1970—1979, au fost înscrise în planul de învăţămînt al secţiei de psihologie a Universităţii bucureştene cursul de psihologie medicală şi de psihopatologie psihiatrică.

În 1970, învăţămîntul psihiatric românesc se îmbogăţeşte prin înfiinţarea unei catedre de psihiatrie, condusă de prof. dr. Alexandru OLARU, în cadrul Facultăţii de Medicină de la Craiova.

Anii 1970—1980 sînt deosebit de fructuoşi în ceea ce priveşte producţiile editoriale cu conţinut psihiatric la nivelul tuturor centrelor universitare ale ţării. Apar o serie de monografii, dintre care menţionăm: „Nevrozele“ (1974), „Persoană şi devenire“ (1976), „Psihozele“ (1976) de Ed. PAMFIL şi D. OGODESCU, „Patologia obsesivă“ (1973) de M. LĂZĂRESCU, sub a cărui redacţie a mai apărut un curs litografiat de psihiatrie în 1982.

A 150-a aniversare a psihiatriei româneşti.

Reprezentant de seamă al şcolii ieşene, Petre BRÂNZEI a publicat, în 1979, „Itinerarul psihiatric“, iar în 1981 „Psihiatria“ (împreună cu Aurelia SÎRBU).

Lucrarea „Psihiatrie clinică — ghid alfabetic“ (1979) de Aurelia SÎRBU şi colab. realizează o trecere în revistă a termenilor de specialitate; pot fi menţionate, de asemenea: „Urgenţe psihiatrice“ (1983) de V. PREDESCU, L. NICA-UDANGIU, Şt. NICA-UDANGIU; „Introducere în psihologia medicală“ (1974) şi „Psihosomatica“ (1975) de G. IONESCU; „Nevrozele la vîrsta înaintată“ de L. NICA-UDANGIU, Şt. NICA-UDANGIU; „Psihiatria epidemiologică“ (1983) şi „Psihiatria preventivă“ (1986) de V. ANGHELUŢĂ, L. NICA-UDANGIU şi Şt. NICA-UDANGIU; „Medicina psihosomatică“ (1981) şi „Psihologia medicală“ (1981), „Psihiatrie socială“ (1983—1984) de I. C. CUCU.

Colectivul de la Policlinica Titan a editat, sub conducerea lui C. GORGOS, „Vademecum în psihiatrie“ (1985) şi prezentul „Dicţionar enciclopedic de psihiatrie“, lucrări ce continuă tradiţia şcolii româneşti de psihiatrie, îmbogăţind-o cu experienţa acumulată pe plan internaţional.

Afirmîndu-se în planul medicinii româneşti, şcoala de psihiatrie din ţara noastră constituie un factor activ pe frontul promovării sănătăţii mintale, aducîndu-şi contribuţia, alături de celelalte specialităţi medicale, la asigurarea vigorii şi sănătăţii populaţiei.

5. **ŞOC** (cf. fr. *choc*) ● Ciocnire bruscă şi puternică a două corpuri (în limbaj comun). În medicină, şocul denumeşte o tulburare bruscă, intensă a funcţionalităţii psihice şi/sau fizice a organismului, apărută ca urmare a unei agresiuni externe. Şocul, ca tulburare fiziopatologică, se caracterizează printr-o „stare de alarmă“ (SELYE) concretizată printr-o succesiune de reacţii neurovegetative declanşate de o acţiune bruscă a factorului perturbator. Prin extrapolare, atributul de „şoc“ s-a adăugat unor procedee de terapie, pentru a le semnala incisivitatea (şoc transfuzional, şoc postoperator).

În fiziologie, se foloseşte termenul de şoc apexian pentru a denumi perceperea prin palpare pe suprafaţa toracelui a mişcărilor contractile ale vîrfului inimii.

Fiziopatologic, şocul are trei faze: şocul compensat, care începe imediat după agresiune şi corespunde unei faze simpatoadrenergice în care apar reacţii hipercompensatorii;

şocul decompensat, în care mecanismele compensatorii s-au epuizat şi apar semnele clinice de şoc : abolirea senzoriumului şi a motilităţii (bolnavul este inert), hipotensiune, hipertermie, scăderea intensităţii bătăilor pulsatile, cianoza ; şocul ireversibil — terminal.

Clinic, în şocul decompensat apar : tahicardie, hipotensiune, răcirea extremităţilor, transpiraţie rece, frisoane, cu sau fără agitaţie, oligoanurie, semne a căror intensitate este variabilă în funcţie de faza de şoc.

În patologia generală au fost descrise :

— şocul aerian (şoc prin suflu), apărut ca urmare a efectelor produse, asupra organismelor, de unda de presiune a unei explozii ; la soldaţii supuşi unor astfel de traume (chiar dacă sînt mici, dar repetate), se descrie o nevroză cu hipertensiune arterială ;

— şocul alergic — determinat de conflicul antigen-anticorp ;

— şocul termic (caloric) — ansamblul reacţiilor organismului declanşate de temperaturile ridicate ;

— şocul circulator — în care se produce insuficienţa circulatorie periferică acută, de etiologii diverse (hematogen, vasogen, cardiogen) ;

— şocul hemoclazic — determinat de perturbarea echilibrului coloidal plasmatic prin absorbţia unor substanţe cuaternare şi mai ales proteice ;

— şocul „de garou" — apărut după înlăturarea bruscă a unui garou care a fost menţinut 60—90 minute ;

— şocul prin hematom retroperitoneal — consecinţă a compresiunii plexurilor nervoase paraaortice de la baza mezenterului ;

— şocul hemoragic — determinat de o hemoragie în care pierderea de masă sanghină este de aproximativ 20% ;

— şocul histaminic — produs de acţiunea vasculotropă a histaminei ;

— şocul laringian — a cărui cauză este traumatizarea laringiană sau obstacolul laringian ;

— şocul medular — a cărui cauză este cel mai frecvent traumatică ;

— şocul obstetrical — apărut în urma manevrelor obstetricale impuse de o naştere patologică ;

— şocul operator — determinat de sumaţia agresiunilor pe care o impune desfăşurarea actului operator ;

— şocul posttransfuzional — datorat incompatibilităţii de grupă sanguină ;

— şocul termodiferenţial — apărut în urma schimbării bruşte a temperaturii cutanate prin factori externi (soare — apă rece) ;

— şocul septic — determinat de bacteriemie, mai ales cu germeni gram negativi ;

— şocul traumatic — în care cauzele producerii sînt diverse şi efectele acestor cauze sînt grave şi variate.

În semiologia generală sînt descrise :

— şocul astragalian — semn clinic de evidenţiere a fracturii bimaleolare ;

— şocul diastolic al bazei — semn clinic în pericardita constrictivă (revenirea toracelui în poziţia iniţială în sistolă) ;

— şocul „în dom" — semn clinic de evidenţiere a hipertrofiei ventriculare stîngi (aspect „globular" al şocului apexian) ;

— şocul olecranian — semn clinic de evidenţiere a fracturii de olecran cu deplasare şi hemartroză ;

— şocul rotulian — semn clinic apărut în hidrartrozele sau hemartrozele genunchiului.

În psihiatrie, termenul şoc este folosit în legătură cu două aspecte : unul psihopatologic şi unul terapeutic. În patologia psihiatrică pot apărea diverse reacţii a căror intensitate o depăşeşte pe cea a normalului, ca urmare a impactului cu un factor psihotraumatizant intervenit brutal şi declanşînd o stare de „incapacitate de răspuns adaptativ" (POROT) sau anumite reacţii „primitive" (KRETSCHMER). Aceste stări sînt tulburări de afectivitate determinînd un comportament specific, individul acţionînd „ca un automat" (PREDESCU), fără a putea ulterior să-şi explice şi să explice acest comportament sau avînd amnezia lacunară a momentului. Coroborate fiind cu o stare de modificare a conştiinţei, reacţiile comportamentale apărute în acest context sînt considerate din punct de vedere medico-legal, ca fiind produse în stare de iresponsabilitate.

V. PREDESCU sistematizează : reacţiile acute de şoc, cu psihomotricitate inhibată (stupoare reactivă) şi cu psihomotricitate exacerbată (fuga patologică şi afectul patologic) ; reacţii acute de subşoc (depresia reactivă inhibată sau depresia anxioasă, reacţiile delirante, reacţiile psihotice isterice, reacţia pseudocatatonică), unele putînd fi iatrogeniene (→ REACŢII).

Cel de-al doilea context în care termenul „şoc" este folosit în psihiatrie este pentru a caracteriza anumite metode terapeutice, unele dintre ele depăşite astăzi, a căror incisivitate determină trăiri negative de o mare intensitate ; tocmai acest atribut de „şocogen" era considerat benefic terapeutic. Din această categorie fac parte :

- şoc cardiazolic (von MEDUNA) — terapie convulsivantă constînd în injectarea intravenoasă a cardiazolului ;
- şoc chimic — administrarea în doze mari a neurolepticelor din grupa fenotiazinelor ;
- şoc electric (electroşoc) — terapie convulsivantă cu ajutorul curentului electric (singura dintre terapiile de şoc care, datorită metodelor de „protejare", îşi păstrează actualitatea) ;
- şoc pireoterapeutic — administrarea unor substanţe piretogene pentru provocarea hipertemiei în scop terapeutic.

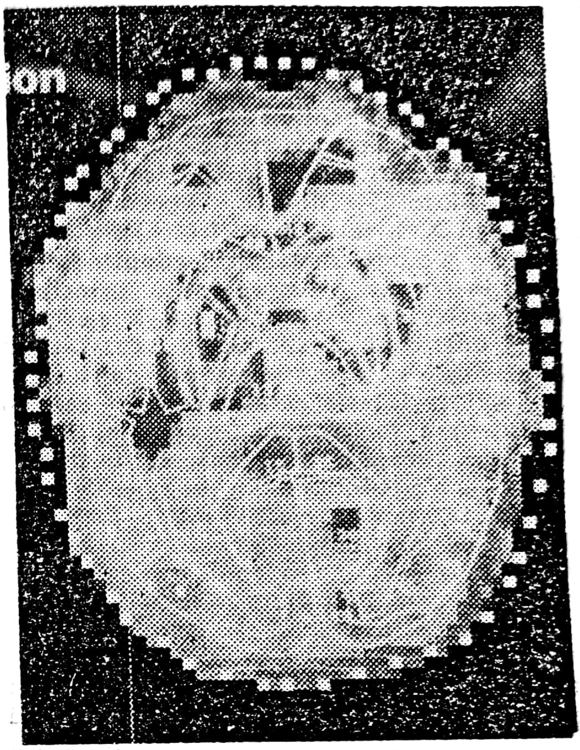
6. **ŞOC AFECTIV** ● Termen folosit de POROT (1985), prin analogie cu şocul biologic, pentru a defini starea de dezechilibru acut al unor funcţii psihice, determinată de o traumă psihologică, a cărei intensitate crescută sau bruscheţe în instalare solicită, în mod variabil, disponibilitatea de adaptare a psihismului. Rezultă manifestări psihocomportamentale care se pot încadra sau nu între limitele normale, psihopatologia reacţiilor constituind un capitol distinct al psihiatriei clinice (→ REACŢII PSIHICE, REACŢII PSIHICE PATOLOGICE).

7. **ŞOC CARDIAZOLIC** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CARDIAZOL — şoc.

8. **ŞTEFĂNESCU-GOANGĂ**$^{(T)}$ **test** ● Variantă adaptată pentru România a scalei de inteligenţă Binet-Simon (→ BINET$^{(T)}$ test).

9. **ŞTEFĂNESCU-PARHON Constanţa** (1903—1987) ● Absolveşte Facultatea de Medicină din Iaşi în 1927, cu teza de licenţă „Ovarul ca glandă endocrină". Între 1926—1928 este preparator la catedra de farmacie, iar între 1930—1935 medic secundar şi asistent la catedra de psihiatrie din Bucureşti. După obţinerea gradului de medic principal, funcţionează la spitalul Gh. Marinescu. Între 1945—1949 este conferenţiar, iar ulterior, profesor la catedra de psihiatrie.

A publicat o serie de lucrări în periodicele de specialitate din ţară şi de peste hotare, atît în domeniul psihiatriei, cît şi în cel al endocrinologiei şi neurologiei. A publicat, de asemenea, o evocare a vieţii şi operei tatălui său, C. I. PARHON.

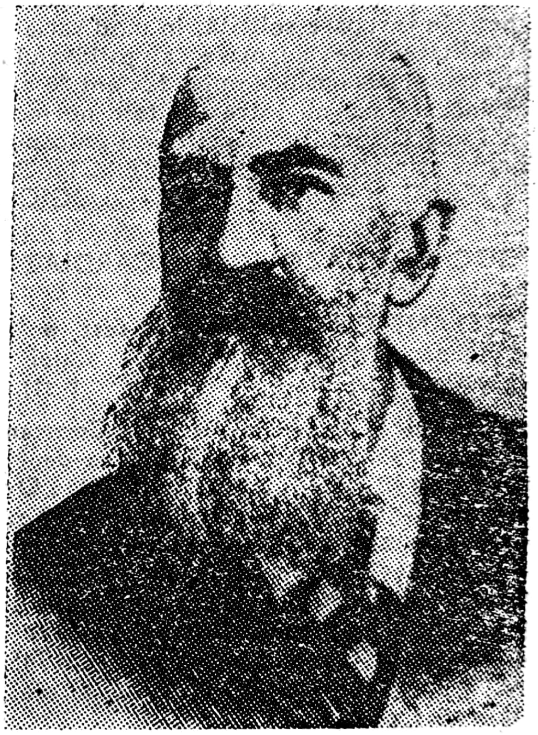


10. **ŞTIINŢĂ** ● Extensional, termen generic sub care sînt reunite toate teoriile şi domeniile ştiinţifice. Intensional, conceptul de ştiinţă desemnează o anumită formă de cunoaştere a realităţii, care, spre deosebire de cunoaşterea comună (ancorată în fenomenalitatea sesizată empiric şi explicată nesistemic, cu elemente antropomorfice), aspiră să dezvăluie — în modalităţi riguros verificabile şi, într-o expunere discursivă, precis formulată —, legile obiective ce guvernează desfăşurarea proceselor şi succesiunea evenimentelor. Un ansamblu de cunoştinţe despre un anumit domeniu de fenomene se constituie într-o ştiinţă numai atunci cînd se articulează, pe baza unităţii principiale şi metodologice, într-o teorie coerentă. Între componentele structurale ale cunoaşterii ştiinţifice se numără : conţinutul factual (rezultatele observaţiei şi ale experimentelor) ; ipotezele explicative (care trebuie să fie, în principiu, verificabile) ; concluziile generalizării conţinutului factual, expuse argumentativ ; ansamblul metodelor de cercetare a fenomenelor ; postulate şi interpretări filozofice ale investigaţiei. Ştiinţa interacţionează activ cu practica social-istorică ; apărută ca formă distinctă a conştiinţei sociale în antichitate, ştiinţa a preluat, în stadiile ei timpurii, anumite observaţii şi generalizări empirice, desprinse nemijlocit din sfera practicii. În evoluţia sa ulterioară, cunoaşterea ştiinţifică s-a autonomizat din ce în ce mai categoric faţă de evidenţele naive şi prejudecăţile necritice ale simţului comun, desfăşurînd o dialectică sui generis a propriei sale dez-

voltări, după o logică imanentă, în care se delimitează cîteva etape marcante. Dezvoltarea ştiinţelor experimentale a traversat, de regulă, mai întîi o etapă descriptivă (de culegere observaţională şi de ordonare analitică a conţinutului factual), urmată de o etapă experimentală (de interpretare sintetică a datului empiric, prelucrat prin cuantificare, ca o condiţie a modelării matematice, şi integrat în construcţii explicative, avînd ca principii anumite ipoteze verificate experimental), ajungînd, în cele din urmă, la etapa axiomatic-deductivă. Sub aspectul perspectivei metodologice de ordin universal-filozofic, ştiinţa din epoca modernă (secolele al XVI-lea — al XVIII-lea) s-a înscris în limitele metodei metafizice, adoptînd apoi, din ce în ce mai consecvent, principiile gîndirii dialectice. Avînd, o lungă perioadă istorică, doar contacte sporadice cu dezvoltarea tehnicii, odată cu ascensiunea orînduirii burgheze, ştiinţa interferează din ce în ce mai activ cu sfera forţelor de producţie, într-o relaţie de stimulare reciprocă. În urma revoluţiei tehnico-ştiinţifice din ultimele decenii, ştiinţa se transformă efectiv într-o forţă nemijlocită de producţie, făcînd corp comun cu tehnologia şi avînd o contribuţie covîrşitoare la progresul economico-social al lumii contemporane. În stadiul actual, ştiinţa se caracterizează printr-o dezvoltare accelerată, care se înscrie pe două direcţii conplementare : pe de o parte, diferenţierea tot mai pronunţată a domeniilor de investigaţie ; pe de altă parte, tendinţa de integrare a rezultatelor cercetărilor strict specializate în anumite ştiinţe de sinteză (cibernetica, teoria generală a sistemelor) sau aşa-numitele „ştiinţe de graniţă" (biochimia, biofizica, astrobiologia etc.). Un alt element caracteristic ştiinţei contemporane îl constituie importanţa considerabilă a limbajelor şi metodelor logico-matematice de expunere şi prelucrare formală a datelor, a căror spectaculoasă proliferare face posibilă informatizarea şi utilizarea pe scară tot mai largă a calculatorului electronic în activitatea de cercetare ştiinţifică.

11. **ŞUŢU Alexandru (1837–1919)** ● Medic român, considerat creator al psihiatriei moderne româneşti. Şi-a efectuat studiile în Grecia şi Franţa. Beneficiind de o educaţie umanistă desăvîrşită, se dedică plin de pasiune psihiatriei în contextul în care în România se puneau bazele modernizării asistenţei bolnavilor mintal ; preocupările şi interesul său pentru psihiatrie sînt evidente din momentul susţinerii tezei de doctorat cu tema „Consideraţii asupra depresiei esenţiale" (Paris, 1865). Iniţiază activitatea didactică în acest domeniu, prin prelegeri benevole susţinute pentru studenţii anului cinci de la Ospiciul Mărcuţa, în cadrul cursului de „Clinică a maladiilor mintale" (1867–1868). Medic primar al spitalului Mărcuţa din Bucureşti, timp de 30 de ani, şi titular al primei Catedre de psihiatrie a Facultăţii de Medicină din Bucureşti, prof. AL. ŞUŢU desfăşoară o bogată activitate ştiinţifică şi didactică, dovedind, în acelaşi timp, o remarcabilă capacitate organizatorică.

Fondator şi redactor a două dintre cele mai vechi reviste medicale româneşti — „Gazeta spitalelor" şi „Gazeta medico-chirurgicală" (1867 ; 1870) —, prof. Al. ŞUŢU este, de asemenea, organizator al primei societăţi medicale din ţara noastră.



Alexandru Şuţu

Tematica lucrărilor sale publicistice se menţine cu precădere în sfera psihiatriei, dar prezintă implicaţii economico-sociale, medico-legale, ideea determinismului biologic al fenomenelor psihice şi a influenţei factorilor sociali asupra phisismului confirmînd orientarea sa progresistă. În cadrul literaturii medicale româneşti din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, lucrarea sa „Alienatul în faţa societăţii şi a ştiinţei“ (1877) ocupă un loc deosebit de important, reprezentînd, de fapt, primul tratat de psihiatrie, de un înalt nivel ştiinţific. Sînt abordate în această lucrare probleme variate ale psihiatriei (semiologie, etiopatogenie, nosologie şi terapie) cu implicaţiile lor judiciare, toate aspectele prezentate fiind ilustrate prin cazuri de la Ospiciul Mărcuţa. Cercetarea ştiinţifică a prof. Al. ŞUŢU, este marcată de o orientare filozofică progresistă, prin care se pun bazele în esenţă materialiste ale şcolii psihiatrice româneşti. Această tendinţă nouă manifestată prin gîndirea medico-psihiatrică a prof. Al. ŞUŢU este confirmată şi de alte lucrări ca : „Viaţa şi materia“, „Consideraţii asupra epilepsiei şi maniei epileptice“, „Relaţiuni clinice şi medico-legale din Ospiciul Mărcuţa“, „Pauperismul, libertinajul şi alcoolismul“, „Studiu medico-legal asupra asfixiilor“, „Despre mersul alienaţiunii mintale în România“, „Clasificaţiunea psihozelor“ etc. Preocuparea pentru îmbunătăţirea continuă a asistenţei bolnavilor mintal, expresie a umanismului lui Al. ŞUŢU, se concretizeează printr-o bogată şi fructuoasă activitate în acest domeniu. Este adeptul izolării alienaţilor în spital, în scopul protecţiei bolnavului faţă de mediul care a provocat boala, dar şi în scopul instituirii terapiei generale şi specifice corespunzătoare, aplicată într-un cadru favorabil. Lui Al. ŞUŢU i se datorează introducerea — pentru prima oară la noi în ţară — sistemului „non restraint“, profesorul nefiind adeptul metodelor terapeutice brutale. În cadrul Ospiciului Mărcuţa, el utilizează ca metode terapeutice ergoterapia, considerată a avea efect reglator asupra „excitaţiei cerebrale“, efect „calmant sedativ“, îndepărtînd bolnavul de preocupările sale morbide. Hidroterapia, clinoterapia reprezintă alte tehnici terapeutice de largă utilizare. În ceea ce priveşte meloterapia, evidenţierea efectelor favorabile ale acesteia este tot meritul profesorului Al. ŞUŢU, deşi metoda nu a putut fi introdusă în arsenalul terapeutic al Ospiciului Mărcuţa din acea vreme.

Necesitatea umanizării terapiei psihiatrice şi a amenajării corespunzătoare a instituţiilor spitaliceşti este ideea dominantă a preocupărilor organizatorice ale prof. Al. ŞUŢU. Ca profesor şi efor al „spitalelor civile“, prof. Al. ŞUŢU susţine introducerea psihiatriei în sistemul de învăţămînt medical şi ideea construirii unor spitale noi, sistematic şi adecvat amenajate, în vederea tratamentului eficient al bolnavilor mintal.

Considerat întemeietor al învăţămîntului de psihiatrie din Bucureşti şi creator al şcolii româneşti de psihiatrie, prof. Al. ŞUŢU realizează, prin opera sa, terenul fertil pe care va germina psihiatria modernă românească.

TTTTTTTTTT TTTTTTTTTT
TTTT TTTT
TTTT TTTT
TTTT TTTT
TTTT — — — TTTT
TTTT TTTT
TTTT TTTT
TTTT TTTT
TTTT TTTT

TTTT

1. **T** ● Procedeu de etalonare a testelor psihologice, adică de transformare a notelor brute în note standard. Atunci cînd etalonarea se face în note T, se aplică formula :

$$T = 50 + \frac{10}{\gamma}(X - \overline{X})$$

în care : T = notă standard ; 50 = constantă ; 10 = constantă ; γ = abatere standard ; $\overline{X}$ = media notelor brute ; X = notă brută.

Unul din testele psihologice cele mai cunoscute elaborat în nota T este MMPI.

2. **T — grup** (engl. *training*) ● Metodă educațional-psihoterapeutică în care un grup se întîlnește în mod periodic, sub conducerea unui conducător specializat, pentru ca membrii săi să învețe lucruri despre ei înșiși sau despre relațiile interpersonale, despre dinamica grupului sau despre alte probleme de un interes mai larg privind relațiile interumane. Scopul acestei metode este creșterea capacității de intercomunicare între indivizii care participă la grup și propriile lor microgrupuri sociale.

Grupul T este conceput ca o metodă de studiu al reacțiilor individuale în raport cu concepțiile psihologice universal acceptate. Unii autori le mai numesc grupuri de relații umane. În clinică, grupul T poate fi folosit în creșterea eficienței profesionale a celor care îngrijesc bolnavii psihici, pentru îmbunătățirea abordării de către medici a relației pacient-medic, pentru lămurirea unor probleme profesionale deosebite în care opiniile nu sînt încă definitiv exprimate.

3. **T — tip** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TETANIC — tip.

4. **TAASOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *thaassein* „ a se așeza" ; *phobos* „frică") ● Teamă patologică de a se așeza, prezentă în decompensările personalităților psihastenice, hiperemotivitate, nevroză obsesivo-fobică.

5. **TABAGISM** (cf. fr. *tabagisme* : vezi sp. *tabaco*) ● Intoxicație cronică cu tutun. Efectele nocive ale fumatului sînt astăzi recunoscute în întreaga lume medicală.

Tutunul (Nicotina Tabacum), plantă din familia solanaceelor, originară din Lumea Nouă, a pătruns în Europa la începutul secolului al XVI-lea. Pînă la sfîrșitul secolului al XIX-lea a fost consumat mai ales sub formă de țigări de foi, pipă sau pulbere prizată. La sfîrșitul primului război mondial, foștii combatanți răspîndesc consumul țigărilor. Un al doilea vîrf în consumul de țigări se înregistrează în timpul celui de-al doilea război mondial, atît la bărbați, cît și la femei. Dealtfel, femeile au început să fumeze în număr tot mai mare după anul 1920, atingînd în 1958 în Marea Britanie 1/3 din cantitatea de tutun consumată de bărbați, cifră mult depășită astăzi. În ultimii ani, creșterea consumului s-a încetinit, în unele zone înregistrîndu-se chiar regresii sensibile, ca urmare a unor campanii de informare și educație sanitară. Succesele obținute sînt însă limitate, consumul de țigări în rîndul tinerilor compensînd renunțarea la fumat a unor categorii de fumători de vîrstă mijlocie. Un bilanț asupra fumatului, publicat în ultimii ani, menționează creșterea consumului de țigări la femei și a proporției de mari fumători cu peste 30 de țigări pe zi.

Fumul de tutun este un amestec de gaze şi rezidii solide, microscopice, în care au fost identificaţi peste 1 000 de compuşi. Compoziţia lui variază în funcţie de tipul plantei, de modul de prelucrare a acesteia, precum şi de felul de ardere. Principalele componente ale fumului de ţigară (şi concentraţiile lor) sînt : oxidul de carbon (5 240—21 400 micrograme), nicotina (200—2 400 micrograme) şi gudroanele — „condensatul de tutun" (3 000—3 300 micrograme). Unele componente acţionează, în special, la nivelul otofaringelui sau căilor aeriene mari, unde sînt depozitate ; altele sînt absorbite din gură, faringe, căi aeriene sau alveole pulmonare în sînge, de unde pot acţiona asupra diferitelor ţesuturi din organism. Substanţele cu efecte patologice din fumul de tutun sînt clasificate în patru grupe :

- Substanţe cunoscute ca avînd proprietăţi cancerigene :
  - carcinogenetice (hidrocarburile aromatice policiclice, de exemplu, betanaftalina, care poate produce cancerul vezicii urinare) ;
  - co-carcinogenetice (fenolii, esterii acizilor graşi, acizii graşi liberi).
- Substanţe iritante (particule solide, diferite gaze).
- Nicotina, cu acţiune asupra organismului în general şi mai ales asupra sistemului nervos.
- Oxidul de carbon (scade capacitatea de transport a oxigenului de către hemoglobină şi împiedică pătrunderea oxigenului la nivel celular).

Nicotina (după numele ambasadorului francez Jean NICOT, care a cultivat-o pentru a combate migrenele de care suferea), cel mai nociv constituent al fumului de ţigară, a fost izolată în anul 1809 de VANGERIN. Din cele circa 0,3—0,4 mg nicotină existentă în fumul unei ţigări obişnuite, 80—90% se absoarbe în sînge. Nicotina inhalată cu fiecare fum este echivalentă unei catităţi de 0,1 mg administrată intravenos. Sînt de ajuns numai două picături din această toxină puse pe limba unui cîine ca să-l omoare. De subliniat că în cursul unei vieţi, fumătorul introduce în organism mai mult de jumătate de kilogram de nicotină, ceea ce reprezintă o cantitate enormă de toxic. Principalele acţiuni ale nicotinei se manifestă asupra sistemului nervos (fie prin spasme vasculare produse de iritaţia capilarelor sanguine, fie prin atingerea directă a celulei nervoase) şi, indirect, asupra cordului, vaselor sanguine şi rinichilor. Asupra sistemului nervos central produce, în raport cu doza, modul şi vechimea fumatului şi caracteristicile psihosomatice ale fumătorului, fie stimulare, fie sedare. Datele a numeroase studii clinice şi experimentale din întreaga lume demonstrează că fumul de tutun este răspunzător de apariţia a numeroase boli cronice grave. Dintre acestea, primul loc este ocupat de cancerul pulmonar, cardiopatia ischemică, bronşita cronică şi enfizemul pulmonar.

Statistici ale OMS arată că 90% din decesele prin cancer pulmonar, 25% din cele datorate bolilor cardiovasculare şi 75% din cele cauzate de bronşita cronică sînt direct imputabile tabagismului. De asemenea, mortalitatea prin infarct miocardic este dublă la fumători faţă de nefumători. Cel puţin un milion de bărbaţi şi femei mor anual din cauza fumatului, dintre care 300 000 în SUA, 70 000 în Germania, 50 000 în Anglia, 35 000 în Franţa etc. Statisticile arată, de asemenea, că a fi un mare fumător se plăteşte în medie cu 8,3 ani din viaţă ; dar şi la o raţie zilnică moderată de ţigări se pierd 4,6 ani din durata medie a vieţii.

La fumători apar într-o proporţie mult mai mare decît la nefumători cancerul laringian, cancerul mucoasei bucale, cancerul vezicii urinare, hipertensiunea arterială, arterite, flebite, ulcere gastrice. Totodată fumatul determină perturbări ale funcţiei unor glande cu secreţie internă, scade randamentul muncii fizice şi intelectuale, performanţele sportive. În timpul sarcinii şi maternităţii, fumatul are consecinţe deosebit de grave : feţi morţi, greutate mică la naştere, rezistenţă mai scăzută la factorii de mediu (infecţioşi, toxici, traumatici etc.).

Nicotina produce eliberarea de adrenalină şi noradrenalină, hormoni care, acţionînd direct sau indirect asupra cordului şi vaselor, determină creşterea frecvenţei şi debitului cardiac şi vasoconstricţie. Fumatul creşte, de asemenea, concentraţia acizilor graşi liberi în sînge, adezivitatea şi aglutinabilitatea trombocitară, fiind implicat, astfel, în producerea precoce a aterosclerozei.

Tutunul nu întruneşte atributele unui adevărat drog, neprovocînd fenomene de dependenţă, folosirea lui antrenează numai o stare de obişnuinţă. Intoxicaţia acută cu nicotină se caracterizează prin ameţeli, cefalee, transpiraţii, sialoree, tulburări de vedere (scotom), bradicardie, delir şi comă. Fumatul îndelungat şi în cantităţi excesive provoacă însă intoxicaţie cronică (tabagism) manifestată prin tulburări neuropsihice (ameţeli, tremor al extremităţilor cefalee, insomnie, bradipsihie, disprosexie, astenie), dar şi prin tulburări în sfera altor aparate şi organe (inapetenţă, paloare, epigastralgii, aritmie).

Scăderea numărului de ţigări sau întreruperea fumatului poate produce, la unii subiecţi, stări de agitaţie, insomnie, iritabilitate, creştere în greutate etc., ceea ce face ca problema abandonării consumului de tutun să nu fie deloc simplă. Tratamentul tabagismului se face prin cură de dezintoxicare, succesul depinzînd în mare măsură şi de participarea subiectului. Printre metodele utilizate sînt citate : acupunctura, homeopatia, procedee de aversiune (şocuri electrice pe braţe, în momentul în care începe să fumeze, modificarea gustului tutunului etc.).

6. **TABES — manifestări psihice** (cf. lat. *tabes* „descompunere, plagă") — sin. SIFILIS MEDULAR ● Meningoradiculonevrită posterioară specifică, determinată de Treponema pallidum, care se asociază uneori şi cu afectarea unor nervi cranieni. A fost descris de Duchenne de BOULOGNE în 1957, iar FOURNIER a fost acela care a descoperit originea specifică a bolii.

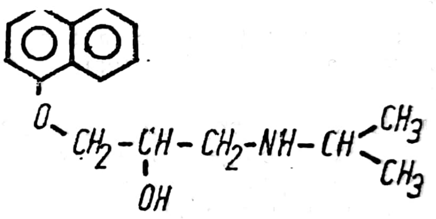
Sifilisul nervos este considerat un stadiu evolutiv al cărui tablou clinic este dominat de manifestări neurologice : tulburări de sensibilitate profundă, cu alterarea simţului tactil şi conservarea termoalgeziei, exprimate prin ataxie locomotorie, mers talonat, dureri fulgurante la nivelul membrelor, tulburări senzoriale (surditate şi cecitate prin atrofia nervilor), crize viscerale (crize dureroase gastrice, laringiene, vezicale, rectale), tulburări sexuale, sfincteriene şi trofice.

Diagnosticul clinic se sprijină pe triada simptomatică : abolirea reflexelor osteotendinoase, semnul Argyl-Robertson pozitiv şi tulburări de sensibilitate cu ataxie. Deşi în majoritatea cazurilor predomină tulburările neurologice, au fost descrise forme de tabes cu pusee confuzive delirant-oneiroide sau stuporoase, forme mixte tabo-paralitice (forma Guillain.-Thaon), care asociază o stare demenţială progresivă, forme care prezintă sindroame depresive, maniacale, stări delirante, uneori realizîndu-se psihoze delirante cronice, fenomene halucinatorii şi tematică de prejudiciu, ca în sindromul Pierres-Rouger.

7. **TABES JUVENIL** (cf. lat. *tabes* ; *juvenus* „om tînăr") ● Formă de tabes cu manifestări asemănătoare celor ale adultului, apărută la copiii în vîrstă de peste zece ani, în cazul cînd aceştia au lues congenital sau au contractat infecţia în primii ani de viaţă. Ataxia este mai puţin frecventă decît la adult, dar atrofia optică este întîlnită aproape regulat. Simptomatologia psihică este de asemenea frecventă, iar reacţia Bordet-Wasserman este doar în cazuri rare pozitivă. Evoluţia este mult mai rapidă decît la adult, iar prognosticul nefast.

8. **TABETICĂ — curbă** ● Reacţie benzocoloidală caracteristică meningitei luetice. Pozitivarea reacţiei în mod discontinuu, în primele 7—8 eprubete, realizează aşa-numita curbă tabetică sau paralitică. Diagnosticul diferenţial de laborator se face cu precipitarea normală, care începe abia de la eprubeta a 6-a, şi cu „curba în dromader" din scleroza în plăci. Odată cu apariţia electroforezei în gel şi pe hîrtie, reacţiile coloidale costisitoare şi complicate şi-au pierdut mult din importanţă. Sub tratament, curba îşi schimbă aspectul în mai mult de o treime din cazuri.

9. **TABGAM**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acţiune anxiolitică, cu valenţe psihostimulente şi adrenolitice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de PROPRANOLOL$^{(M)}$.



10. **TABLOU COMPORTAMENTAL** (cf. fr. *tableau*) ● Expresie cu caracter operaţional referitoare la ansamblul integrat şi dinamic al manifestărilor comportamentale ale unui individ, caracterizate prin relativa lor stabilitate şi persistenţă în timp şi prin valoarea lor adaptativă, manifestări sesizate în condiţii concrete de mediu şi într-un interval de timp bine delimitat.

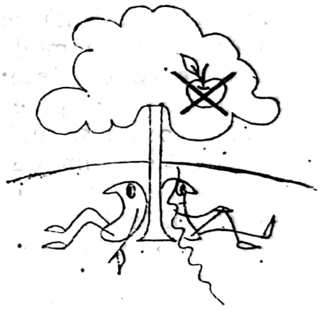
Configuraţia tabloului comportamental este funcţie de interacţiunea dintre condiţiile intern-subiective (trebuinţe, motive, scopuri, cunoştinţe, aptitudini, sistem atitudinal etc.) şi condiţiile extern-obiective ale mediului.

Se face distincţie între tablourile comportamentale caracteristice diferitelor perioade de dezvoltare psihică, cu semnificaţie relativ gegenerală şi comună pentru toţi indivizii care parcurg o anumită etapă de dezvoltare (de exemplu, pubertate, adolescenţă), şi tablourile comportamentale caracteristice diferitelor niveluri de dezvoltare psiho-individuală, care conduc la configuraţii psihologice diferenţiate sau la profiluri de personalitate bine circumscrise (cum sînt cele ale copilului deficient, supradotat, prezentînd tulburări de comportament sau de ordin afectiv etc.). Prin extensie, termenul este utilizat în psihiatrie pentru a caracteriza şi diagnostica în mod unitar şi nuanţat manifestările comportamentale ale bolnavilor psihici.

11. **TABLOU PERCEPTIV** ● Expresie introdusă de PIAGET în lucrările sale privind dezvoltarea stadială a intelectului la copil, pentru a defini ansamblul impresiilor sau stimulaţiilor senzoriale, structurate într-o configuraţie relativ stabilă, care stă la baza unui act perceptiv, alimentînd permanent conştiinţa copilului.

12. **TABOPARALIZIE** (cf. lat. *tabes* ; gr. *paralysis* „relaxare") ● Tulburări neurologice care înglobează atît tulburări de tip tabetic, cît şi de tipul paraliziei generale progresive. Simptomele psihice şi somatice ale paraliziei generale sînt însoţite de tulburări provocate de leziunile măduvei spinării, determinînd imobilizarea articulară a membrelor, semnul Romberg pozitiv şi tulburări de micţiune.

13. **TABU** (cf. fr *tabou* : împrumutat dintr-o limbă polineziană) ● Interdicţie cu caracter magic sau religios, legată de obiecte sau fiinţe considerate sacre sau/şi periculoase, originară, ca fenomen cultural, în unele societăţi primitive, dar cu prelungiri, inclusiv sub forme desacralizate, pînă la contemporaneitate. În „Enciclopedia britanică" tabu-ul este definit prin : însuşirea sacră a unor persoane sau lucruri (acestea conţinînd un element supranatural şi fiind primejdioase) ; limitările (interdicţiile) rezultate din acest caracter sacru ; consecinţele sacre (contagiune periculoasă provocată de violarea acestor interdicţii). După WUNDT, „tabu-ul este cel mai vechi cod nescris al umanităţii". Scopul tabu-ului consta în a proteja persoane cu poziţie specială (şefi, preoţi) sau obiecte cărora li se atribuia o valoare deosebită, protecţie îndreptată împotriva tuturor prejudiciilor posibile ; de asemenea, tabu-ul era considerat ca asigurînd : protecţie faţă de forţa magică (mana) a şefilor, a preoţilor ; protecţie împotriva pericolelor provocate de contactul cu cadavrele ; prevenire a perturbărilor ce pot apărea în actele vitale importante (naştere, mariaj) ; protecţie a avutului material pe care îl posedă o comunitate sau o persoană. Violarea tabu-ului declanşează automat răzbunarea acestuia ; astfel, cel ce a violat tabu-ul devine el însuşi tabu. Obiectele-tabu sînt investite cu o forţă magică particulară ; prin atingerea lor această forţă se descarcă şi poate provoca chiar moartea subiectului în cauză. De aceea, contactul cu preoţii şi regii (persoane-tabu) trebuie făcut prin intermediari. Tabu-uri permanente sînt preoţii, şefii, regii, morţii ; tabu-uri pasagere sînt legate de anumite stări (menstruaţia, graviditatea, vînătoarea, pescuitul, poziţia de războinic). Prohibiţiile-tabu se referă la anumite obiecte de alimentaţie, activităţi, mişcări, relaţii ; tabu-ul este în acelaşi timp sacru, periculos, impus ; contra-tabu-uri sînt lucrurile comune, ordinare. Tabu-ul este rădăcina interdicţiilor morale şi a legilor. El ascunde şi teama de demoni, de forţe magice provocatoare de rău (tabu-ul trimite la o teamă obiectivată).



Psihanaliza aplicată în nevroze arată faptul că există persoane civilizate care şi-au creat prohibiţii-tabu ; nevroza obsesională este, din această perspectivă, „o maladie a tabu-ului". O primă analogie ar consta în faptul că prohibiţiile obsesionalilor şi cele ale tabu-urilor sînt, aparent, slab motivate (în sensul că nu au o motivaţie reală, obiectivă). La primitivi, prohibiţiile tabu, foarte vechi, se păstrează prin tradiţie şi se transmit prin autoritatea paternă ; ele devin părţi integrate „organic" în viaţa descendenţilor. În totemism, de exemplu, existau două prohibiţii fundamentale : interdicţia de a ucide animalul-totem ; interdicţia raporturilor sexuale cu indivizi aparţinînd aceluiaşi totem. Tabu-ul reprimă tentaţiile cele mai vechi ale omului ; individul devenit el însuşi tabu pentru că a violat un tabu este periculos pentru ceilalţi, exemplul său putînd incita pe alţii la un gest identic ;

în plus, el provoacă, prin actul său, invidia şi gelozia celorlalţi. Forţa magică a tabu-ului constă în puterea acestuia de a induce omul în tentaţie. Experienţa psihanalitică vede în excesul prohibiţiei-tabu faptul că există o ambivalenţă afectivă, identică celei din nevroza obsesională : alături de o tandreţe puternică, un sentiment inconştient de ostilitate ; ostilitatea este reprimată printr-un exces nemăsurat de tandreţe, care poate îmbrăca forma unei angoase (fără această angoasă sentimentul de tandreţe nu ar putea menţine sentimentul opus). Ostilitatea inconştientă este disimulată adesea printr-un ceremonial. Analogii pot fi derivate şi dintr-o altă trăsătură a tabu-urilor în mentalitatea primitivă, aceea de a exagera importanţa (valoarea) unei anumite persoane, de a-i atribui o putere nelimitată, putere pe măsura căreia îi atribuie şi o responsabilitate mare. Delirul de persecuţie al paranoicului repetă modelul relaţiei tată-fiu : fiul îl investeşte pe tată cu o mare putere ; neîncrederea faţă de tată se degajă din această putere pe care fiul o investeşte ; persecutorul este inconştient ridicat la rangul de tată, devenind astfel responsabil de necazurile persecutatului, deci ale victimei. Actul obsesional este aparent un act de defensă contra interdicţiei, dar, în realitate, în mod inconştient ritualul obsesional reproduce interdicţia. Ceremonialul tabu traduce, în aparenţă, respectul (aşa cum este perceput şi realizat în mod conştient) ; inconştient el semnifică o pedeapsă, reprezintă o răzbunare faţă de lege (sau de persoana investită cu puterea seducătoare). Atitudinea de ostilitate se leagă de complexul patern din copilărie.

Există tabu-uri privind morţii şi tabu-uri privind numele ; există un tabu care interzice pronunţarea numelui persoanei decedate. Primitivii consideră numele ca parte esenţială a realităţii. Şi în lumea civilizată omul face legătură între nume şi persoana care îl poartă, numele devenind un fel de proprietate concretă a persoanei, pentru că inconştientul îi atribuie o mare importanţă. Primitivii credeau că pronunţînd numele mortului, acesta se ridică împotriva celor vii (întrucît sufletul decedatului devine demon, a pronunţa numele lui înseamnă a stimula acest demon).

La omul modern apar „reproşurile obsesionale" în legătură cu moartea unei persoane iubite (individul îşi reproşează faptul că a contribuit la această moarte) ; în mod inconştient există la baza unor astfel de reproşuri o dorinţă a cărei împlinire ar fi provocat moartea persoanei respective — reproşul vine împotriva dorinţei inconştiente. O iubire puternică ascunde o ostilitate disimulată, în cazurile în care există o fixaţie intensă a sentimentului la o persoană anume. Practic, ambivalenţa este prototipul activităţii umane, dar în mod normal această ambivalenţă nu provoacă reproşuri obsesionale. Primitivii, ca şi obsesionalii, aveau o viaţă afectivă intens ambivalentă. La primitivi intervine în plus mecanismul de defensă numit proiecţie. Astfel, tabu-ul are la origine ambivalenţă afectivă, el se naşte din opoziţia dintre o durere conştientă şi o satisfacţie inconştientă (simulare şi raportare la moarte). Între aceste două trăiri afective se produce un conflict a cărui rezolvare se face prin proiecţie : ostilitatea inconştientă este detaşată de persoana care o resimte şi este proiectată în exterior (decedatul este plîns, dar el devine un demon, un duşman, un rău-făcător). În manifestările nevroticilor există resturi atavice a căror represiune (refulare) necesită un mare efort psihic. Cuvîntul „tabu" este el însuşi ambivalent : înseamnă sacru şi impur.

FREUD vorbeşte despre remuşcările-tabu ca fiind cea mai veche formă a remuşcării în genere, a conştiinţei morale. Ori de cîte ori există o interdicţie, în spatele ei există şi o dorinţă inconştientă (de exemplu, porunca „să nu ucizi" vine ca interdicţie la dorinţa omului de a ucide). „Tabu-ul ca şi legea morală, reprezintă o atitudine ambivalentă a omului faţă de impulsiunea la crimă" (FREUD).

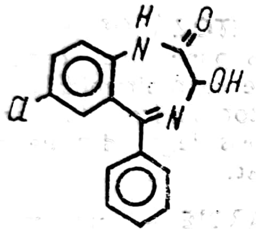
14. TABULA RASA (lat.) ● Concept central al filozofiei şi psihologiei empirice, conform căruia toate elementele cunoaşterii provin din experienţă, opus poziţiei raţionaliste care susţine provenienţa înnăscută a unor idei sau cel puţin prezenţa unui potenţial înnăscut de idei.

„Tabula rasa" (sintagmă latină) este folosită de empirişti ca metaforă pentru a descrie mintea umană la naştere, o tăbliţă curată, netedă, fără nici un semn (idee). ARISTOTEL face primul această comparaţie în „De anima" (cartea a treia), comparaţie reluată ulterior şi de alţi filozofi. De regulă, conceptul i se atribuie lui John LOCKE, care în lucrarea sa polemică „Eseu asupra înţelegerii umane" neagă existenţa oricăror principii şi idei înnăscute, comparînd mintea cu o feerie albă „fără nici un caracter, fără nici o literă" şi fundamentînd în acest fel premisa cunoaşterii doar prin experienţă.

G. W. LEIBNIZ a respins categoric acest punct de vedere, susţinînd că fără o anumită disponibilitate moştenită de a prelucra informaţia, fără o capacitate operaţională preformată, ideile ar rămîne permanent exterioare minţii, incapabile de a primi altceva decît senzații. Totuși, conceptul de „tabula rasa" a avut o înrîurire deosebită asupra unor curente ale psihologiei, în special a asociaționismului, care afirma că toate cunoștințele sînt construite numai din idei provenite prin simțuri. Această poziție a dus la exagerarea studiului percepției, ca și al asociației de idei.

O concepție în care rolul experienței este de asemenea supradimensionat este cea comportamentalistă, chiar dacă „behavioriștii contemporani" resping, alături de alte „metafore despre minte", și conceptul de „tabula rasa". Prin teoriile lui J. PIAGET, N. CHOMSKY ș.a. asupra dezvoltării cognitive, conceptul este pus sub semnul întrebării, dezbaterile contemporane abordînd însă nu atît existența unei structuri moștenite în cadrul minții umane, cît natura acesteia.

15. **TACEPAM**$^{(M)}$ C.S.I.—DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM$^{(M)}$.



16. **TACHYSTIN**$^{(M)}$ Germania ● Soluție uleioasă de hidrotahisterol cristalizat. Realizează o creștere a calcemiei prin fixarea mai bună a calciului, în cazurile cînd valorile sînt inferioare nivelului normal. Indicația majoră o constituie hipoparatiroidia. Produse similare sînt :

TACHYDON$^{(M)}$ Ungaria ; AT-10$^{(M)}$ Germania.

17. **TACITIN**$^{(M)}$ Anglia, Austria, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Iugoslavia, Olanda, Germania — DCI *Benzoctamină* ● Tranchilizant cu structură chimică aparte, de tip N-metil-9,10-etanoantracen-9(10H)-metilamină, cu acțiune anxiolitică și ușor miorelaxantă. Efectul secundar care trebuie semnalat este hipotensiunea, cu excepția căreia are, în general, o bună toleranță. Produse similare sînt :

TACITAL$^{(M)}$	Brazilia
TACITIL$^{(M)}$	Chile
TACITINE$^{(M)}$	Elveția, Franța

18. **TACT** (cf. lat. *tactum*, de la *tangere* „a atinge, a afecta") ● Modalitate de comportament al unei persoane, constînd în abordarea celuilalt cu înțelegere, calm, comprehensiune empatică sau simpatetică, fără a-i declanșa stări afective negative care, la rîndul lor, ar provoca reacții manifest sau potențial conflictuale.

În cadrul interviului clinic, tactul reprezintă una din modalitățile prin care se depășește rezistența bolnavului, dîndu-i-se acestuia posibilitatea să-și exprime suferința. Considerat ca una din calitățile care intră în componența simțului clinic, „tactul reprezintă priceperea medicului de a se comporta față de bolnav și se bazează pe o bună cunoaștere a psihologiei omului suferind ; tactul reprezintă un produs al disciplinei conștiente — ea însăși consecința unei educații temeinice sub aspect intelectual, etic și estetic" (BRÂNZEI, 1973).

În psihoterapie, tactul se manifestă deseori printr-o atitudine de acceptare inițială a simptomatologiei, de bunăvoință și adeziune sufletească la starea de suferință a bolnavului ; este o calitate empatică în afara căreia, de cele mai multe ori, nu este posibilă stabilirea unei relații adecvate terapeut-pacient.

Tactul, ca strategie comportamentală, poate avea la bază o predispoziție înnăscută, dar ca atitudine se formează pe parcursul existenței, în relațiile cu ceilalți, în procesul interiorizărilor, al identificărilor și al cunoașterii propriei persoane. Persoanele cărora le este caracteristic tactul sînt persoane cu Eu puternic. Tactul presupune abilitatea de a manevra relația cu celălalt în așa fel încît acesta să se simtă acceptat, ceea ce face ca relația să se desfășoare non-conflictual. Ca atitudine, tactul aduce beneficii atît persoanei care manifestă atitudinea, cît și persoanei față de care se manifestă atitudinea. Persoanele nevrotice sînt lipsite de tact, atitudinea lor fiind, în majoritatea cazurilor, provocatoare și compensatorie. Ele pot avea parțial și pe secvențe manifestări de tact, acestea însă cedează repede la o reacție mai intensă a persoanei abordate (atitudinile de tact ale nevroticilor sînt atitudini obținute cu efort). Tactul ca atare nu implică efort, ci cunoașterea propriilor trebuințe și acceptarea trebuințelor celuilalt, fără a fi vorba de satisfacerea lor integrală. Personalitățile dizarmonice (care se plasează cel mai frecvent în poziția a doua din analiza tranzacțională : „eu sînt în regulă, tu nu ești în regulă") nu manifestă atitudini tactice ; tentative de atitudini aparent tactice se observă la unii dizarmonici isterici inteligenți, ele se reduc însă mai mult la atitudini de manevrare și degenerează repede în relații conflictuale.

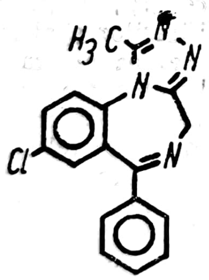
19. **TACTILE**$^{(H)}$ **halucinații** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HAPTICE$^{(H)}$ halucinații.

20. **TACTILE**$^{(I)}$ **iluzii** (cf. lat. *tactus* „simțul pipăitului") ● Tulburări de percepție în sfera sensibilității tactile, cu caracter normal-fiziologic (de exemplu, iluzia tactilă a lui ARISTOTEL, fenomenul kinetohaptic sau de mișcare aparentă Benussi) sau patologic (incluse de unii autori în halucinațiile tactile). În domeniul psihopatologic iluziile tactile se întîlnesc în : intoxicații (cu cocaină, hașiș, LSD), tulburări funcționale, leziuni ale analizatorului tactilo-kinestezic, psihoze alcoolice (acute și subacute) și de involuție, sindroame febrile etc.

21. **TACTOGNOZIE** cf. (lat. *tactus*; gr. *gnosis* „cunoaștere") ● Capacitatea de a recunoaște obiectele și ființele prin simțul tactil.

22. **„TAEDIUM VITAE"** (lat. „dezgust de viață") — sin. OTIUMOSIS $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ALIOSIS → SPLEEN.

23. **TAFIL**$^{(M)}$ Germania — DCI *Alprazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 8-clor-1-metil-6-fenil-4H-s-triazolo/4,3-a/ /1,4/benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică. Este contraindicată administrarea în timpul sarcinii.



24. **TAFOFILIE** (cf. gr. *taphos* „mormînt, înmormîntare" ; *philia* „dragoste") ● Atracție morbidă pentru morminte și cimitire ; ar fi unul din semnele imaturității prin fixație în stadiul anal, fiind deseori însoțită (după MICHAUX) de coprofilie. Întîlnită în nevrozele de dezvoltare, nu trebuie confundată cu bravada adolescentului.

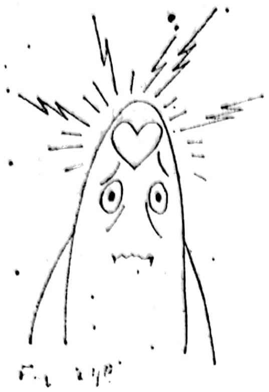
25. **TAFOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *taphos* ; *phobos* „frică") ● Frică patologică nejustificată de a nu fi îngropat de viu. Poate fi însoțită de o serie de precizări testamentare, uneori deosebit de sinistre, care să evite producerea evenimentului. A fost descrisă de E. MORSELLI, în 1886. În timpul bombardamentelor sau după cutremure de mare amplitudine, această fobie poate lua, reactiv, un caracter epidemic în zonele afectate.

26. **TAHI-** (cf. gr. *tachys* „rapid") ● Element de compunere care introduce semnificația de „rapid", „accelerat".

27. **TAHIARITMIE** (cf. *tahi-* ; *a-* „fără" ; *rhythmos* „ritm") ● Tulburări de ritm cardiac caracterizate prin neregularitate absolută a contracțiilor cardiace, dar păstrînd un ritm rapid. Ele sînt percepute de bolnav sub forma unor palpitații neregulate, mai mult sau mai puțin frecvente. În ciuda benignității lor propriu-zise, creează subiectului o permanentă stare de anxietate, acesta realizînd „intercritic" o adevărată anxietate de așteptare.

28. **TAHIATETOZĂ** (cf. *tahi-* ; gr. *athetos* „care nu se supune unei reguli stabilite") ● Hiperkinezie extrapiramidală care se manifestă asemănător sindromului picioarelor neliniștite (restless legs), dar de care trebuie însă diferențiat.

29. **TAHICARDIE — circumstanțe psihiatrice** (cf. *tahi-* ; gr. *kardia* „inimă") ● Creșterea frecvenței cardiace peste valorile fiziologice corespunzătoare vîrstei, sexului și stării de antrenament (în medie de 70—80/minut). Poate evolua asimptomatic sau poate fi resimțită de bolnav ca palpitații ; prin acest din urmă simptom, tahicardia poate apărea în cadrul tulburărilor nevrotice (așa-zisa „nevroză cardiacă"). Tahicardia ortostatică (creșterea frecvenței pulsului la modificarea poziției din clinostatism în ortostatism) apare în convalescență, la persoanele astenice, în labilitatea neurovegetativă, precum și ca efect secundar în tratamentul cu neuroleptice și sedative. În aceste circumstanțe „psihiatrice", tahicardia este de obicei sinusală (accelerarea ritmului peste 100/minut, putînd atinge valori de 140—150/minut). Trebuie excluse prin anamneză în primul rînd condițiile de efort fizic, ingestia de alcool și cafea, fumatul, administrarea unor substanțe ca efedrina, izoproterenolul, nitritul de amil, atropina, stările febrile, hipertiroidismul.



Astenia neurocirculatorie, sindromul Da Costa (cordul iritabil, „cordul de soldat“), nevroza cardiacă şi nevroza tahicardică sînt sinonime (ieşite din uzul curent) care circumscriu un cadru nosologic bine definit de medicina psihosomatică. Inclusă în tulburările cardiovasculare funcţionale, alături de extrasistole, pseudo-angor, tahicardia este de fapt o modificare somatică a unor emoţii fundamentale : anxietate, depresie, mînie (CUCU, 1981). Personalităţile la care se relevă aceste tulburări au frecvent trăsături de hiperexcitabilitate, obsesive şi de tip isteric şi dezvoltă simptome nevrotice de tipul anxietăţii, cu localizare cardiacă a diverselor fobii, la naştere astfel un adevărat cerc vicios, în care tahicardia (paroxistică) însoţeşte stările de angoasă şi, invers, poate fi declanşată de stările de tensiune. Anxietatea este un simptom constant care capătă valori crescînde, paroxistice, în contextul apariţiei tahicardiei şi extrasistolelor. Se pot asocia tulburări funcţionale şi cenestopate la nivelul altor aparate. G. IONESCU (1975) subliniază implicaţiile imediate pe care le au anxietatea, angoasa, fobia, în general stările de afect, asupra ritmului şi forţei contractile a inimii, tahicardia nefiind singura manifestare, la ea adăugîndu-se algii precordiale sau aritmii.

Tulburările funcţionale cardiace (declanşate deseori de o situaţie psihotraumatizantă de tipul despărţirii, a fricii de a fi rejectat, abandonat, de a rămîne singur, o pierdere, o decepţie) au fost semnalate de FREUD încă din 1895, cu ocazia descrierii celebrelor sale cazuri. Ele continuă să fie prezente în patologia nevrotică de stres, tahicardia fiind un simptom frecvent al bolnavilor care solicită consultaţii în ambulator.

30. **TAHIFAGIE** (cf. *tahi-* ; gr. *phagein* „a mînca“) ● Accelerarea ritmului de alimentare, ingerarea alimentelor realizîndu-se parţial masticate ; este întîlnită în manie, schizofrenie, oligofrenie, demenţă.

31. **TAHIFAZIE** (cf. *tahi-* ; gr. *phasis* „cuvînt“) — sin. AGITOFAZIE, TAHIFAZIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TAHIFEMIE.

32. **TAHIFEMIE** (cf. *tahi-* ; gr. *pheme* „mesaj“) — sin. AGITOFAZIE ; TAHIFAZIE ; TAHIFRAZIE ; TAHILALIE ; TAHILOGIE ● Tulburare a limbajului constînd în accelerarea ritmului verbal, apărută în cadrul stărilor de agitaţie (în special în accesul maniacal, intoxicaţia cu substanţe nooanaleptice — cofeină, amfetamine etc.), în sindroame confuzionale, parkinsoniene. În palilalie, întîlnită în demenţele senile şi presenile, sindroamele pseudobulbare şi parkinsoniene, tahifemia este asociată cu iteraţia.

33. **TAHIFILAXIE** (cf. *tahi-* ; gr. *phylaxis* „protecţie“) ● Scăderea progresivă a răspunsului organismului la acţiunea unei substanţe active farmacodinamic administrată repetat.

34. **TAHIFRAZIE** (cf. *tahi-* ; gr. *phrasis* „vorbire“) — sin. AGITOFAZIE ; TAHIFAZIE ; TAHILALIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TAHIPSIHIE.

35. **TAHIFRENIE** (cf. *tahi-* ; gr. *phren* „spirit“) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TAHIPSIHIE.

36. **TAHIKINEZIE** (cf. *tahi-* ; gr. *kinesis* „mişcare“) ● Formă de hiperkinezie caracterizată prin imposibilitatea bolnavului de a sta pe loc, tendinţa lui de a se afla intr-o continuă mişcare. Apare în stările de manie ; împreună cu akatisia formează un sindrom caracteristic manifestărilor extrapiramidale induse de terapia neuroleptică.

37. **TAHILALIE** (cf. *tahi-* ; gr. *lalein* „a vorbi“) — sin. AGITOFAZIE ; TAHIFAZIE ; TAHIFRAZIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TAHIFEMIE.

38. **TAHIPSIHIE** (cf. *tahi-* ; gr. *psyche* „suflet“) — sin. TAHIFRENIE ● Tulburare a gîndirii, constînd în accelerarea ritmului ideativ, la care se adaugă o dispoziţie expansivă, creşterea ritmului şi debitului verbal, realizîndu-se o accelerare globală a proceselor psihice. Se întîlneşte în manie, în intoxicaţii (cofeină, amfetamine, alcool), în debutul paraliziei generale. În cadrul accesului maniacal, deşi discursul bolnavului impresionează adesea auditoriul prin rapiditatea asociaţiilor, volumul amintirilor evocate, bogăţia imaginativă etc.,

un examen atent relevă o gîndire dezordonată, haotică, îmbrăcînd aspectul fugii de idei. Tahipsihia, departe de a ameliora randamentul activității intelectuale, diminuează de fapt eficienţa acestuia.

39. **TAHIRITMIE** (cf. *tahi-* ; gr. *rhythmos*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TAHICARDIE.

40. **TAHISTEROL** ● Steroid cu acțiune farmacodinamică asemănătoare cu cea a hormonului paratiroidian.

41. **TAIZER**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu neuroleptice incisive.

42. **TAIJIN KYOFU**$^{(F)}$ (antropofobie japoneză) ● Aspect transcultural al fobiilor de relații sociale, care apare la populația japoneză. Între simptomele acestei fobii particulare intră teama de a privi pe cineva în față și de a emana un miros dezagreabil (care afecta aproape 1/5 dintr-un lot de studenți nevrotici — KASAHARA, 1974).

Există tentative de comparare a acestor fobii (specific japoneză) cu agorafobia, unii autori considerînd-o drept un veritabil exemplu de patologie transculturală, sens în care sînt prezentate comparativ principalele elemente ale simptomatologiei celor două fobii :

TABEL nr. CLXXXIX

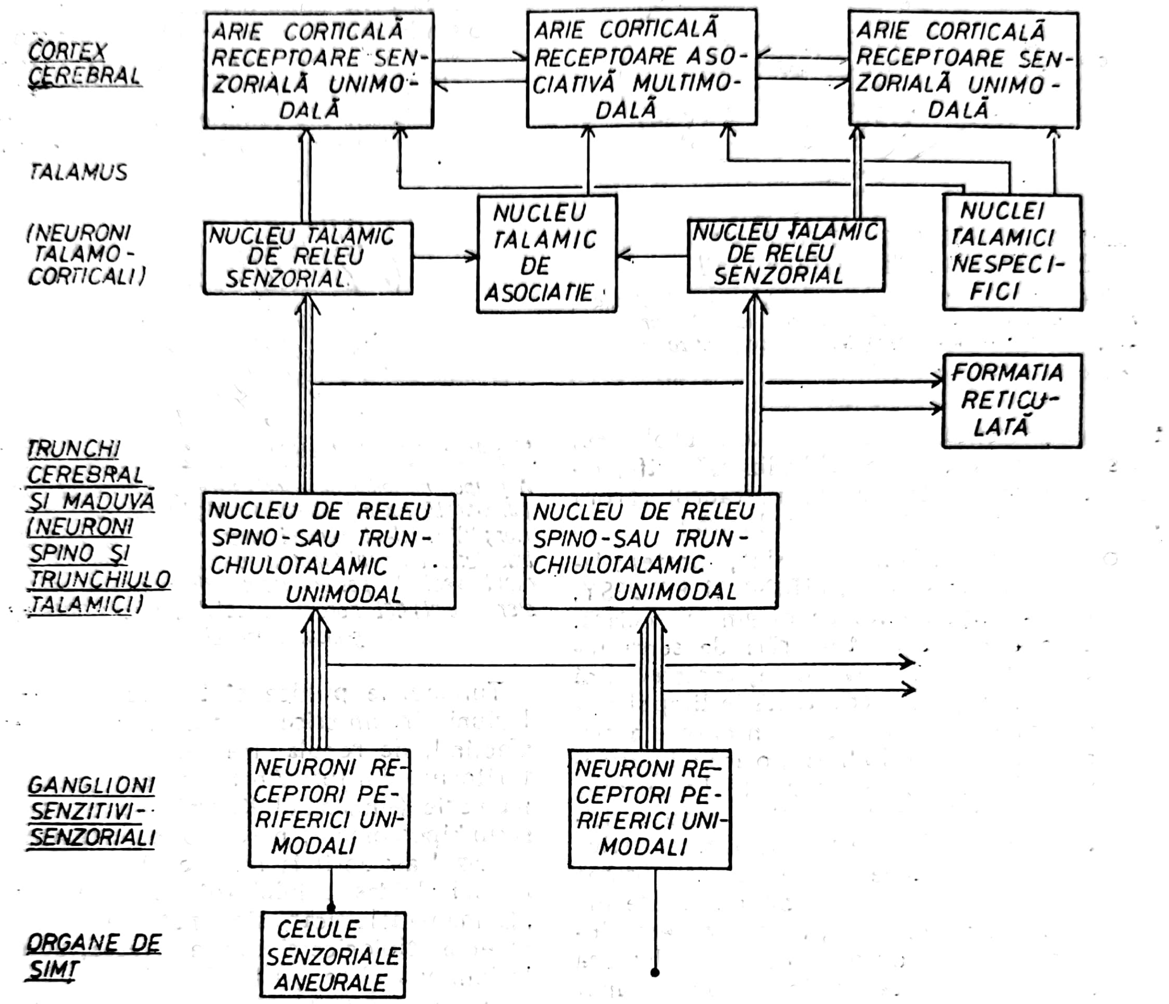
	Taijin Kyofu	*Agorafobia*
sexul	repartizată egal	mai frecvent la femei
vîrsta apariției	la pubertate, rară după 40 de ani	mai ales în a treia decadă a vieții și după
variații ale prevalenței	mult mai crescută după cel de al doilea război	mai crescută la începutul secolului
rangul nașterii	afectează preponderent primul născut	neimportant
asocieri psihopatologice	timiditate, teamă de a nu-i răni moral sau fizic pe ceilalți	teama de leșin, tulburări voliționale, atacuri de panică
cronicizare	foarte importantă	relativă
probleme sexuale	neimportante	prezente, insatisfacție sexuală, alte probleme

Au fost incriminați factori educaționali specifici ; astfel în primele luni de viață apar deosebiri nete între cultura orientală și cea occidentală în ceea ce privește efectul vocalizării (W. CAUDILL, 1972). La vocalizarea negativă a copilului, mamele japoneze răspund mai prompt decît cele din cultura occidentală. În occident, copilul este lăsat și încurajat să se joace și să descopere roluri de adult ; în civilizația niponă, copilul este orientat spre un comportament mai dependent față de părinți, încurajat să solicite protecția părinților, să se alinte singur (comportament aparte, denumit „amae“ — T. DOI, 1973) și nu este niciodată agresat verbal.

Discreția comportamentului sexual al familiei japoneze are, se pare, un rol important în comparație cu „exuberanța“ occidentală, datorită căreia copilul percepe unele comportamente (îmbrățișări, sărutări etc.), ca niște agresiuni față de mamă. Psihanaliștii japonezi susțin că în apariția fobiilor, au o importanță particulară conflictele de dependență, fără să delimiteze clar etiologia sindromului Taijin Kyofu.

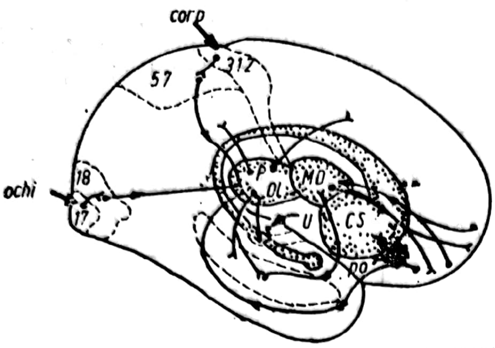
43. **TALAMUS** (cf. gr. *thalamos* „cameră“) ● Structură nervoasă, aparținînd diencefalului, care face legătura între acesta și telencefal. Anatomic, pe baza criteriilor topografice, citoarhitectonice și de conexiuni, talamusul este format din numeroși nuclei de substanță cenușie, delimitați prin lame de substanță albă, delimitarea fiind însă imprecisă. Criteriile fiziologice, bazate de regulă pe cercetări experimentale la maimuțe și pe studii stereotactice, sînt și ele relative, determinînd clasificări anatomo-fiziologice variate. Considerat pînă

acum ca fiind esenţialmente staţie de releu senzitiv, talamusului i se atribuie astăzi funcţii vegetative importante, funcţii de releu pentru formaţiunea reticulată (fiind deci implicat în starea de veghe) şi, de asemenea, rol în motricitatea organismului.


CORTEX CEREBRAL
TALAMUS
(NEURONI TALAMO-CORTICALI)
TRUNCHI CEREBRAL ŞI MADUVĂ (NEURONI SPINO ŞI TRUNCHIULO TALAMICI)
GANGLIONI SENZITIVI-SENZORIALI
ORGANE DE SIMŢ
ARIE CORTICALĂ RECEPTOARE SENZORIALĂ UNIMODALĂ
ARIE CORTICALĂ RECEPTOARE ASOCIATIVĂ MULTIMODALĂ
ARIE CORTICALĂ RECEPTOARE SENZORIALĂ UNIMODALĂ
NUCLEU TALAMIC DE RELEU SENZORIAL
NUCLEU TALAMIC DE ASOCIAŢIE
NUCLEU TALAMIC DE RELEU SENZORIAL
NUCLEI TALAMICI NESPECIFICI
FORMAŢIA RETICULATĂ
NUCLEU DE RELEU SPINO-SAU TRUNCHIULOTALAMIC UNIMODAL
NUCLEU DE RELEU SPINO-SAU TRUNCHIULOTALAMIC UNIMODAL
NEURONI RECEPTORI PERIFERICI UNIMODALI
NEURONI RECEPTORI PERIFERICI UNIMODALI
CELULE SENZORIALE ANEURALE

Funcţia de releu a talamusului este asigurată de faptul că, la acest nivel, se află al treilea neuron pe traseul căilor sensibilităţilor specifice cu punct de plecare medular. Talamusul este conectat bilateral cu trunchiul cerebral, cerebelul, diencefalul, corpii striaţi, cortexul cerebral avînd (prin aceste conexiuni) un rol esenţial în integrarea senzaţiilor primare la nivel cortical (durere sau plăcere). Talamusul este un centru important de integrare a senzaţiei dureroase, fiind implicat în medierea ei intranevraxială. În acest „avanpost" cortical (EXARCU), recepţia dureroasă este modificată cantitativ şi calitativ, căpătînd — la nivel talamic — o nuanţare afectivă, transformîndu-se în senzaţie primară, în fenomen conştient dureros, cu individualitate. Aspectele afective ale durerii (caracterul ei emoţional) sînt conferite de relaţiile talamusului cu sistemul limbic, conexiunile cu scoarţa cerebrală oferă elementul de individualitate, iar conexiunile cu sistemul nervos vegetativ conferă particularităţile modificărilor vegetative ce însoţesc percepţia dureroasă.

Funcţia vegetativă este probabil rezultatul conexiunilor bilaterale pe care talamusul le realizează cu hipotalamusul, tot de acestea fiind probabil legată intervenţia organului în viaţa emoţională. La nivel talamic, substanţa reticulată activatoare prezintă conexiuni reprezentate de formaţiunea intralaminară, împreună cu nucleii paraventriculari, stimularea acestor structuri determinînd un „răspuns recurent". Nucleul anterior talamic face parte din circuitul Papez, format din structuri implicate în procesele de memorizare. Semiologia

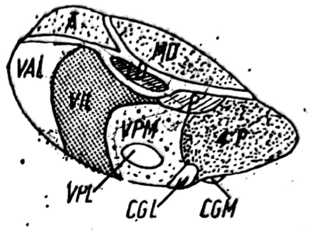


SCHEMA MECANISMELOR DE INTEGRARE A INFORMAȚIILOR SENZITIVE (după D.H.FORD)

Cifrele indică cîmpurile corticale: MD-nucleul talamic medial dorsal; P+DL-nucleii talamici lateral dorsal si pulvinar; po-aria preoptică; CS-corp striat U-urechea.

talamică antrenează atît elemente neurologice, cît și psihiatrice. Se individualizează astfel cîteva „sindroame talamice“, în cadrul cărora domină simptomatologia neurologică :

- sindromul talamic „clasic“, postero-lateral, descris de DÉJÉRINE și ROUSSY, este esențialmente de origine vasculară. Este dominat de tulburări de sensibilitate polimorfe și variabile, caracteristică fiind hiperpatia, accentuată în timp și manifestată prin integrarea în durere a oricărui tip de sensibilitate, orice stimul devenind dureros și penibil. Localizarea stimulilor în spațiu și timp este deficitară. Sînt, de asemenea, caracteristice durerile spontane, meteorosensibilitatea și accentuarea senzațiilor dureroase sub influența zgomotelor, a stărilor emoționale. Aceste dureri spontane durează ani de zile, determinînd un răsunet psihoafectiv deosebit. O altă caracteristică a acestui gen de durere o reprezintă faptul că nu cedează la nici un tip de medicație (analgetică, tranchilizantă, anxiolitică, antidepresivă etc.). Se asociază frecvent cu tulburări de motricitate, un aspect specific fiind „mîna talamică“. Se mai descriu tulburări de schemă corporală, ce pot merge pînă la anosognozie, în cazul asocierii unor leziuni parietale. Se pot presupune leziuni corticale și cînd sînt asociate sindromului talamic manifestări epileptice, tulburări psihice, apraxie, afazie ;
- sindromul senzitiv cheiro-oral (GARCIN și LAPRESLE), care asociază tulburărilor descrise mai sus și senzația de frig sau cald apărută în regiunea periorală și la membrul superior homolateral, precum și tulburări de motricitate în zonele respective ;
- sindromul arterei talamo-perforate (sindrom anterolateral) se caracterizează mai ales prin tulburări de motricitate ;
- sindromul talamic median asociază tulburărilor senzitive modificări vegetative și tulburări psihice variabile (alterări moderate ale funcției mnezice sau manifestări halucinatorii, demențiale, confuzionale etc.).



SCHEMA NUCLEILOR TALAMICI ȘI A CONEXIUNILOR PRINCIPALE.

A-grupul nucleilor anteriori; MD-nucleul medial dorsal; P-pulvinar; LD-nucleul lateral dorsal; LP-nucleul lateral posterior; VAL-nucleul ventral anterolateral; VIL-nucleul ventral lateral ventral (ventral lateral intermediar); VPL-nucleul ventral posterolateral; VPM-nucleul ventral posteromedial; CGL-corpul geniculat lateral; CGM-corpul geniculat medial.

Tulburările psihice sînt greu de legat de leziuni circumscrise anatomic, aceste leziuni afectînd, de regulă, mai mult sau mai puțin teritoriile din jur. Apar frecvent tulburări de memorie (sindromul Korsakov). Se mai descriu hipersomnie, narcolepsie, care apar însă în cazul asocierii la leziunea talamică a unor leziuni ale fasciculului reticulat mezencefalic. „Demența talamică“ este o noțiune ce cuprinde aspecte etiologice și clinice diverse, de regulă leziuni vasculare bilaterale talamice.

Simptomatologia psihică apare constant în tumorile talamice și se caracterizează mai ales prin independența manifestată în raport cu simptomatologia specifică hipertensiunii intracraniene. Ea include tulburări de memorie, apatie ce poate merge pînă la mutism akinetic. Leziunile vasculare sau de altă natură, bilaterale și întinse se soldează cu tulburări de comportament și afectivitate, agitație, rîs nemotivat, alternanța apatiei cu stările euforice, halucinații auditive sau vizuale, stări onirice etc.

44. TALAMICĂ — **demență** (cf. gr. *thalamos* „cameră“) ● Formă particulară de demență, caracterizată prin abolirea sau diminuarea inițiativei motorii și a spontaneității, însoțită de prezența unor mișcări anormale. Leziunile sînt decelabile la examenul anatomopatologic sub forma encefalomalaciei sau a altui tip de leziuni degenerative.

45. **TALAMO-HIPOTALAMO-RUBRIC(S) sindrom** ● Însumează următoarele principale elemente :

- ● sindromul răspîntiei hipotalamice, caracterizat prin : hemiplegie moderată, mişcări coreo-atetozice, tulburări ale sensibilităţii profunde, astereoagnozie ;
- ● tulburări cerebeloase : adiadocokinezie, tremurături intenţionale, hemiasinergie ;
- ● hemianopsie homonimă ;
- ● agitaţie cu anxietate, alternînd cu depresie-insomnii.

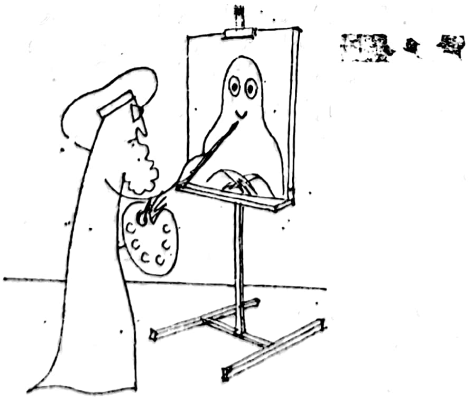
Etiologic este, cel mai frecvent incriminată, arterioscleroza.

46. **TALAMOPERFORAT(S) sindrom** ● Descris de SAGER, determinat de obstrucţia pediculului talamoperforat. Clinic, se remarcă tulburări de sensibilitate, localizate la membrul superior şi la faţă, hemisindrom cerebelos şi mişcări coreoatetozice, anxietate, depresie, insomnii.

47. **TALASOFOBIE(F)** (cf. gr. *thalassa* „mare" ; *phobos* „frică") ● Frica de mare, valuri, furtuni, de călătoria pe mare în genere, formă de fobie excepţional de rară. Nu trebuie confundată cu „teama cochetă" de mijlocul de transport specific unei epoci, în prezent manifestată de călătoria cu avionul.

48. **TALASOTERAPIE** (cf. gr. *thalassa* ; *therapein* „îngrijire") ● Cură prin băi de mare care ar avea, după ANGHELUŢĂ şi NICA-UDANGIU, un rol important în prevenirea bolilor psihice prin mecanism indirect — călirea fizică.

49. **TALENT** (cf. fr. *talent* ; vezi lat. *talentum* „monedă de valoare mare") ● Sistem de aptitudini superior dezvoltate sau combinare originală de aptitudini, care asigură şi facilitează realizarea de performanţe într-o anumită sferă de activitate (ştiinţă, tehnică, artă, medicină etc.) şi producerea de creaţii sau de valori originale. În limbajul curent, termenul este utilizat mai ales în legătură cu diferitele domenii ale artei (talent literar, talent muzical, talent actoricesc etc.), dar sfera de manifestare a talentului este mult mai largă, cuprinzînd practic toate formele de activitate umană (talent pedagogic, talent oratoric, talent în munca de cercetare ştiinţifică sau de organizare).



Într-o definiţie sintetică, talentul ar fi expresia interacţiunii dintre aptitudinile individuale, motivaţia pentru creaţie, înclinaţia spre muncă şi condiţiile social-educaţionale şi de activitate în care sînt stimulate şi valorificate dispoziţiile native ale indiviudlui. Condiţiile talentului sînt determinate deci de motivaţia şi atitudinile creatoare, de factorii educaţionali şi socio-culturali, de exersarea într-o sferă de activitate (care asigură dezvoltarea superioară a aptitudinilor şi intercorelarea lor), dar şi de înzestrarea nativă, respectiv de particularităţile anatomo-fiziologice înnăscute, inclusiv ale sistemului nervos central (mai ales în domeniile artistice), care reprezintă premisele naturale ale aptitudinilor. O treaptă superioară de dezvoltare a aptitudinilor individuale, soldată cu producţii originale de importanţă istorică, o constituie geniul. În mod abuziv, talentul (mai ales artistic) a fost privit ca apanaj al personalităţilor patologice sau suferinde de o afecţiune psihică majoră (de exemplu, EMINESCU, Van GOGH, GAUGUIN etc.). concepţie care continuă astăzi să existe în forme disimulate sau manifest-polemice (→ APTITUDINE, GENIU).

50. **TALISMAN** (cf. gr. *telesma* „rit") ● Obiect marcat prin semne simbolice (obiect-simbol), investit cu putere magică (purtător de şansă, de noroc, protector împotriva neşansei, a nenorocirilor, a duşmanilor), specific religiilor primitive. Se alegea ca talisman o piatră preţioasă sau semipreţioasă, un obiect din metal nobil, cel mai ades de aur, purtînd diferite incrustaţii, formule, semne astrale. Orice obiect, de obicei un obiect parţial şi miniatural, poate deveni obiect-talisman în măsura în care subiectul îi acordă o putere magică. Din punct de vedere psihologic şi psihopatologic, purtătorii şi păstrătorii de talismane sînt personalităţile obsesive, nevroticii obsesionali — în genere toate persoanele la care funcţionează o gîndire magică, primitivă.

51. **TALIU — intoxicaţie** ● Sărurile de taliu (în special sulfatul şi acetatul) sînt toxice generale. În cazul intoxicaţiei cronice, posibilă în industria chimică, sticlărie, cosmetică,

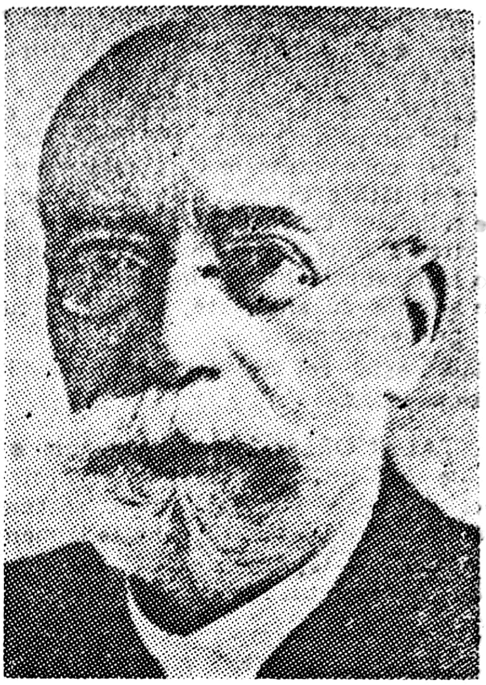
construcții (suduri metalice), se dezvoltă în tabloul clinic o simptomatologie care poate orienta subiectul către psihiatrie, în ambulator : cefalee, insomnie, agitație, polinevrită, însoțite de tulburări funcționale în sfera digestivă. Diagnosticul poate fi realizat prin punerea în evidență a toxicului în urină.

52. **TALOFEN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotizină cu acțiune sedativă (inferioară clorpromazinei) și antiemetică ; este util în tratamentele de întreținere ale psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

53. **TALPRAMIN**$^{(M)}$ Mexic — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă ; se pretează și se recomandă asocierea cu neuroleptice bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.

54. **TAMATE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putîndu-se realiza un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

55. **TAMBURINI Augusto** (1848—1919) ● Psihiatru italian. A studiat medicina la Bologna, orientîndu-se către psihiatrie ; a lucrat trei ani cu CARLO LIVI. Din 1876 a funcționat la Universitatea din Pavia, unde a lucrat cu LOMBROSO. În 1877 a devenit directorul Institutului de Psihiatrie. În sfera preocupărilor sale au intrat alcoolismul, tulburările psihice consecutive pelagrei, idioția și încercarea de localizare cerebrală a tulburărilor psihice, fiind în general un adept convins al curentului neurologic-mecanicist în psihiatrie. În amurgul vieții, TAMBURINI a publicat o lucrare de amploare și de o înaltă ținută științifică despre „Asistența alienaților în Italia și alte țări" (1918), considerată cea mai bună sinteză a organizării asistenței psihiatrice în Europa la sfîrșitul secolului al XIX-lea și în primele decenii ale secolului al XX-lea.



Augusto Tamburini

56. **TAMILAN**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

57. **TAMITINOL**$^{(DCI)}$ ● Activator al metabolismului cerebral, derivat de piritinol, de tip 4-(etilaminometil)-2-metil-5-(metiltiometil) piridin-3-ol, indicat în tratamentul sindroamelor psihoorganice, avînd și acțiune antidepresivă → PSIHOSTIMULENTE.

58. **TANAFOL**$^{(M)}$ Italia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant eficient, indicat în nevroze motorii, contractură musculară, torticolis, spasme musculare, acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

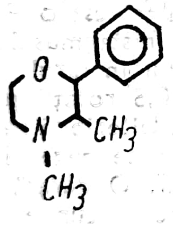
59. **TANATO-** (cf. gr. *thanatos* „moarte") ● Element de compunere care introduce referirea la moarte.

60. **TANATOFOBIE**(F) (cf. *tanato-*; gr. *phobos* „frică") ● Teamă patologică de moarte, întîlnită în nevroza obsesivo-fobică, isterie, nevroza anxioasă, hipocondrie etc. Se poate asocia cu nosofobia, molismofobia şi alte fobii.

61. **TANATOGENEZĂ** (cf. *tanato-*; lat. *genesis* „naştere") ● Ansamblul cauzelor şi mecanismelor prin care s-a produs moartea.

62. **TANGENŢIALITATE** (cf. fr. *tangentiel*: vezi lat. *tangens* „care atinge") ● Tulburare asociativă constînd în incapacitatea realizării unor asociaţii precise de gîndire, subiectul nemaiputînd ajunge cu urmărirea raţionamentului la punctul dorit. Vorbirea şi gîndirea devin divergente într-un anumit moment al discursului sau par irelevante, nerelaţionate. Repetarea frecventă a tangenţialităţii sau incapacitatea subiectului de a se întoarce spontan la firul discuţiei dau prognostic de gravitate acestei tulburări, iar rezultatul asupra discursului este pierderea inteligibilităţii acestuia şi distorsionarea maximă a comunicării. Se întîlneşte în sindroame organice, manie, bufee delirante.

63. **TANOREX**(M) SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.

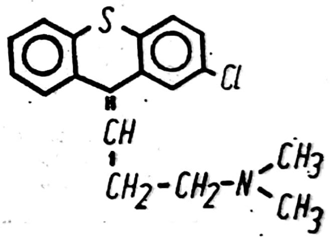


64. **TANZI Eugenio** (1856—1934) ● Psihiatru italian. A studiat medicina la Padova şi Graz. A lucrat în Italia în prima perioadă sub conducerea lui TAMBURINI, din 1893 devenind şeful catedrei de psihiatrie din Cagliari şi, din 1896, la Florenţa. Este fondatorul „Revistei de patologie nervoasă şi mintală" (1896); în 1904 a publicat împreună cu Ernesto LUGARO primul tratat italian de patologie mintală, lucrare de inspiraţie kraepeliană care se va bucura de succes, cunoscînd încă două ediţii (în 1914 şi 1923); este prima lucrare italiană cunoscută şi în afara Italiei.

65. **TAPIA**(S) **sindrom** ● Sindrom bulbar datorat lezării nervilor hipoglos şi vag, constînd în paralizia homolaterală şi atrofia musculaturii limbii, paralizia homolaterală a faringelui şi laringelui. Dizartria, disfonia şi tulburările de gust sînt consecutive. Descrierea sindromului a fost făcută de medicul otorinolaringolog Antonio Garcia TAPIA.

66. **TAPPING**(T) **test** (engl. „bătaie/uşoară/") ● Test simplu de evaluare a vitezei motorii manuale, implicit a timpului de reacţie simplu (TR), şi a atenţiei. Constă în înregistrarea grafică sau electrică a numărului de lovituri (bătăi), executate pe o hîrtie sau pe o tablă, de către subiect, într-un timp limită (bine determinat). Proba este utilă atît în orientarea socio-profesională, cît şi în clinică, prin revelarea unor particularităţi individuale ale motricităţii simple (de exemplu, rapiditatea, precizia sau corectitudinea mişcărilor lucrative). În experimentele clinice poate servi la evidenţierea influenţei sau la individualizarea efectelor diferitelor medicamente psihotrope asupra vitezei motrice simple.

67. **TARACTAN**(M) Anglia, Austria, Elveţia, Franţa, Germania, SUA — DCI *Clorprotixen* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantenă-$\Delta^{9,\gamma}$-propilamină, cu acţiune polivalentă (incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolitică şi valenţe antidepresive). Are efecte secundare mai modeste decît ale celorlalte tioxantene.



68. **TARANTISM** (de la /Lycosa/ *Tarentula*, numele unei specii de păianjen, dat după toponimul (*Tarent*) — sin. TARENTULISM ● Fenomen originar în Calabria în secolele XIV—XVI (de aici extins în Germania), considerat a fi una din primele forme de psihoterapie de grup, instituită de comunitate. Locuitorii acestei zone aveau convingerea că stările depresive apar în urma înţepăturii unui păianjen, Lycosa Tarentula (de la oraşul Tarent), şi că pot fi vindecate printr-un ritual

exorcist, prin dans (tarantela) şi muzică. În cursul acestui ritual coregrafic, pacientului i se inducea o transă isterică în urma căreia starea lui se ameliora.

69. **TARASAN(M)** Canada $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TARACTAN(M) Anglia.

70. **TARDIEU Ambroise-Auguste** (1818—1879) ● Specialist francez în domeniul medicinii legale. A studiat medicina la Paris, unde şi-a desfăşurat întreaga activitate. A fost profesor de medicină legală din 1859, decan al facultăţii din 1864, calitate în care a militat pentru revitalizarea învăţămîntului de psihiatrie. În 1872 a publicat lucrarea „L'Étude médico-légale sur la folie", în care a propus o clasificare interesantă a „diferitelor feluri de nebunie" în care medicul psihiatru trebuie să decidă sub aspect medico-legal : demenţi, dizarmonici, deliranţi şi simulanţi. Tot lui i se datorează şi prima descriere (în 1860) a ceea ce ulterior se va numi sindromul copilului maltratat. În 1953, americanul SILVERMAN, ocupîndu-se de acest sindrom, a propus ca el să se numească sindromul Ambroise Tardieu, propunere neacceptată ; astăzi, acest sindrom este cunoscut sub numele de sindrom Silverman.

Ambroise Tardieu

71. **TARDIEU-SILVERMAN(S) sindrom** — sin. SILVERMAN(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COPIL MALTRATAT(S) sindrom.

72. **TARDIV** (cf. fr. *tardif* din lat. *tardivus*) ● Termen folosit în psihiatrie cu conotaţia de întîrziere pronunţată. Astfel se intîlnesc expresiile : debuturi tardive ale psihozelor (afective şi schizofrene), diskinezii tardive etc.

73. **TARGOWLA(S) sindrom** — sin. SINDROMUL DEPORTAŢILOR ● Sindrom caracterizat prin : astenie, hipoprosexie, tulburări mnezice, insomnie, apatie sau irascibilitate, asociate cu scădere ponderală, hipotensiune, edeme hipoproteice. Descris de TARGOWLA, în 1945, se întîlneşte la subiecţii supuşi regimului sever de detenţie. Problema a fost studiată şi de ARIETI, VELLAK, EWALT, FARNSWORTH şi PELICIER.

74. **TAROCTYL(M)** Israel — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică, vago- şi simpaticolitică. Potenţează acţiunea anestezicelor, hipnoticelor şi analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN M).

75. **TASCHEN(T) test** ● Probă de evidenţiere a apariţiei nistagmusului, provocat prin rotirea subiectului în jurul propriului ax, cu o frecvenţă de 0,5 rotaţii pe secundă, timp de zece secunde. Ulterior i se cere subiectului să fixeze privirea pe degetul arătător ridicat al examinatorului. O durată a nistagmusului mai mică de nouă secunde este considerată anormală.

76. **TASEDAN(M)** Mexic — DCI *Estazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 8-clor-6-fenil-4H-s-triazolo/4,3-a//1,4/benzodiazepină, cu acţiune uşor anxiolitică şi marcat sedativ-hipnotică.

77. **TASIKINEZIE** (cf. gr. *tasis* „tensiune, încărcare" ; *kinesis* „mişcare") ● Tulburare a activităţii motorii, constînd în tendinţa imperioasă de deplasare, în imposibilitatea de a sta locului. Este o hiperkinezie de origine extrapiramidală, observată mai rar ca sechelă postencefalitică şi mult mai frecvent ca accident diskinetic acut, consecutiv terapiei cu neuroleptice : sindromul hiperkinetic-hiperton, care se instalează cronologic după sindromul parkinsonian. Ca şi în cazul acestuia din urmă, au fost incriminate disfuncţii ale nu-

cleilor cenuşii centrali şi substanţei reticulate, perturbarea influenţei reciproce cortico-extrapiramidale.

78. **TASONAL**$^{(M)}$ Mexic — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii şi vîrstnici.

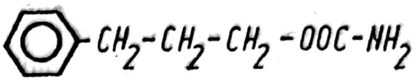
79. **T.A.T.** (engl. Thematic Apperception Test) ● Test proiectiv, elaborat de H. MURRAY, în 1935. Scopul T.A.T. este evidenţierea unor date fundamentale ale personalităţii : impulsuri, emoţii, sentimente, complexe, conflicte, tendinţe refulate. Utilitatea T.A.T. este determinată de aprofundarea şi interpretarea tulburărilor de comportament, a maladiilor psihice. Diagnosticul diferenţial este valoros numai prin prisma unei concepţii psihanalitice privind etiologia bolilor psihice. Este deosebit de eficient atunci cînd datele sale sînt corelate cu cele furnizate de RORSCHACH (HARRISON). Se utilizează uneori ca prefaţă la o psihoterapie scurtă.

Testul constă în a-i arăta subiectului o serie de imagini suficient de ambigue pentru a favoriza proiecţia (30 planşe alb-negru şi o planşă albă ; unele planşe sînt destinate bărbaţilor şi băieţilor, altele femeilor, fetelor, altele tuturor). Se prezintă, ca probă de imaginaţie (pentru slăbirea sau abolirea unor rezistenţe), cîte zece, în şedinţe repetate. Se cere construirea unor povestiri cu început, cuprins şi deznodămînt, pornind de la imaginea dată. Interpretarea porneşte de la două postulate. Primul este acela că atitudinile eroilor (necesităţi, stări emoţionale, sentimente) reprezintă tendinţe proiectate ale subiectului. Al doilea porneşte de la premisa că presiunile exterioare reprezintă forţe trecute, prezente sau viitoare ale mediului înconjurător, aşa cum îl percepe subiectul. Se pot distinge trei niveluri : tendinţe inconştiente ; tendinţe preconştiente sau conştient cenzurate ; tendinţe conştiente necenzurate.

Analiza formală (structură, stil, ton, grad de realism, exprimare verbală) dă media de inteligenţă, gradul de cultură, maturitatea emoţională. Testul a fost folosit în scopul depistării agresivităţii (MUSSEN şi NEYLOR, 1954), a frustraţiei (BELLAK, 1954), a gradului de conformism (MUSSEN şi KAGAN, 1958), a gradului de influenţă a mediului (MUSSEN, 1953).

80. **TATACLONUS** (cf. gr. *tatos* „încordat" ; *klonos* „agitaţie") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CATACLONIE.

81. **TATARAN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant derivat carbamatic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acţiune miorelaxantă, sedativă şi valenţe anxiolitic-anticonvulsivante. Efectele secundare sînt practic nule, avînd o bună toleranţă.

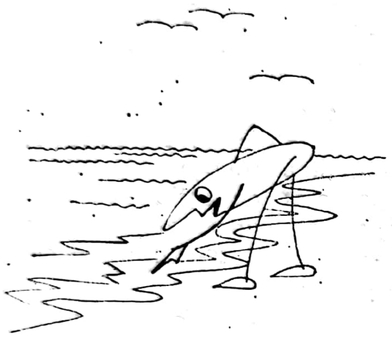


82. **TATONARE** (cf. fr. *tatonner*) ● În sens restrîns, conduită inteligentă, tip de curiozitate epistemică sau instrument pentru învăţare, rezolvare de probleme sau situaţii, reprezentînd un analog al legii încercării şi erorii (E. THORNDIKE). În sens larg, conduită (interioară sau exterioară) preorientată (de scop) şi prudentă, de sondare a posibilităţilor de succes într-o anumită direcţie, fie prin analiza mintală a valenţelor scopului şi a adecvării mijloacelor de acţiune înainte de începerea ei, fie prin încercări concrete, sistematice sau aleatorii, într-o direcţie determinată.

Sub titlul de „experimentare activă", tatonarea inteligentă a fost amplu analizată de şcoala lui PIAGET, punîndu-se în evidenţă două tipuri de tatonare : sistematică şi nesistematică. Caracterizarea lor se face în funcţie de : eficienţa anterioară (care susţine activ încercările explicînd descoperirile fortuite, sau acţionează latent, infraliminar) ; particularităţile scopului şi mijloacelor de acţiune ; independenţa sau condiţionarea reciprocă dintre încercări etc.

În psihiatrie, comunicarea medic-pacient poate fi asemănată cu un joc de tatonări din partea ambilor parteneri. În timp ce psihiatrul tatonează sistematic, potrivit scopurilor urmărite (orientarea diagnosticului şi stabilirea celor mai adecvate terapii), utilizînd scheme preexistente (dobîndite prin instrucţia de specialitate şi experienţa personală) cu caracter ştiinţific (sistemul nosologic, parametrii psihofarmacologici, experienţa clinică etc.), pacientul acţionează de cele mai multe ori (exceptînd situaţiile de imitaţie, simulaţie, urmărirea intenţionată a unui beneficiu sau a unei compensaţii) prin tatonări nesistematice, aparent întîmplătoare, neorientate. În ambele cazuri, tatonarea capătă particularităţile celor două personalităţi care se confruntă : medicul şi pacientul. Totodată tatonările implică evaluări în funcție de nivelul intelectual și de instrucție al interlocutorilor, de scopurile urmărite de fiecare dintre ei. Diferențele care pot apărea în interpretarea cazului de către doi sau mai mulți psihiatri țin de aceiași parametri : inteligență, cunoștințe în domeniul psihopatologiei, imitație, transfer de simptome, simulare etc., iar în cazul pacientului, de scopul urmărit (beneficiu, compensație materială, scutire de executarea pedepsei sau a stagiului militar etc.) și de structura personalității premorbide.

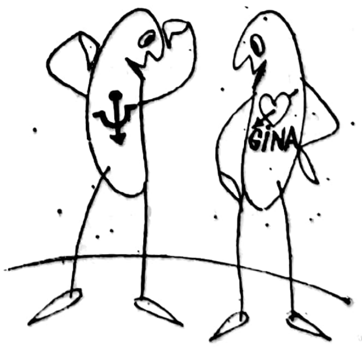
Este neîndoios faptul că intensitatea (nevrotică sau psihotică) tulburării psihice, calitatea dizarmoniei în structurarea personalității sau gradul ei de destructurare își pun în mod diferențiat amprenta asupra modalității individuale de tatonare a mediului social.



Dintre personalitățile dizarmonice, istericul poate tatona indecent (prin indiscreție, lipsă de pudoare etc.), reclamînd sau revendicînd recompense morale, confirmări de atitudini personale, riscînd (exagerînd sau deformînd o situație reală), infantil, speculativ etc., toate acestea subsumîndu-se poikilotimiei (adecvarea la interlocutor), disponibilităților teatrale „native“, trebuinței acute de afecțiune din partea anturajului. Personalitatea paranoiacă, dimpotrivă, tatonează unidirecționat, sistematic și combativ ; cercetează rațional trecutul și fotografiază (urmărind ca printr-o lupă) situația și partenerul, subordonîndu-le scopului personal urmărit cu prudență și tenacitate. Tatonările sînt secvențiale, demersurile iau în considerare potențiale pericole sau daune, revizuirea mijloacelor este permanentă, iar „provocările“ sînt țintite și numai aparent gradate, ele reflectînd, în fapt, psihorigiditatea și suspiciozitatea de fond. Exacerbarea acestor atitudini sau tactici de tatonare se produce în delirurile cronice sistematizate (paranoia). Psihastenicul și senzitivul tatonează exhaustiv, redundant și steril (ineficient), demersurile fiind nesigure, iar încercările nefinalizate de cele mai multe ori (prin indecizie). Astenicul tatonează și el nesigur, manifestînd o rezistență scăzută la solicitări intense sau repetate. Cedează ușor la primele obstacole sau contraargumente fiecare eroare diminuîndu-i din elanul vital. Instabilul tatonează inconstant încercările sale reprezentînd soluții extreme : luptă-fugă, atac-retragere, angajare-dezangajare. Distimicul tatonează cu decență, prudența lui purtînd amprenta timiei de bază. El încearcă prin tatonare să nu-și jeneze interlocutorul și manifestă o sensibilitate crescută față de orice potențială atingere a intimității personale (asemănîndu-se din acest punct de vedere cu psihastenicul). Tatonarea este mai puțin evidentă și specifică în stări psihopatoide sau boli organice.

În practica clinică, tipurile de tatonare permit decelarea profilului de personalitate și determinarea psihometrică a nivelului intelectual (și a coeficientului de deteriorare, atunci cînd este cazul), parametrii fiind semnificativi pentru abordarea psihiatrică a cazului.

83. **TATUAJ** (cf. fr. *tatouage*, împrumut de origine polineziană) ● Scrierea sau desenarea pielii din diferite zone ale corpului, prin scarificare, inciziune, punctare, ardere. Inițial, tatuarea avea scopuri magico-mitologice, fiind întîlnită la toate popoarele antice și primitive. Exista un tatuaj ritual, legat de perioadele de inițiere din viața tinerilor sau de anumite consacrări în domeniul social, și un tatuaj medical, cu scop în prevenirea sau terapia unor suferințe. Dintre popoarele Europei antice, se pare că celții aveau cea mai mare predilecție pentru tatuaj. În evul mediu, nobilii nordici și cei anglo-saxoni își făceau tatuaje artistice și complexe pe pielea spatelui. În epoca modernă, tatuajul în civilizația europeană a apărut numai sporadic și doar la anumite categorii sociale și, mai ales, de vîrstă. Majoritatea tatuajelor sînt făcute la vîrste tinere (15—20 de ani), numeroși subiecți regretînd ulterior gestul „necugetat“.



După conținut, tatuajele sînt : de identificare (inițiale, nume, data nașterii), antisociale (reprezentări ale unor sigle, simboluri, însemne ale unor organizații secrete), erotice și sentimentale (în această categorie pot fi incluse și tatuajele obscene), conjuratorii (semne religioase, rugăciuni).

Regiunile corpului cele mai frecvent acoperite cu tatuaje sînt : mîinile, brațele, pieptul, spatele și coapsele. Există și tatuaje care acoperă întreaga suprafață a corpului. Între regiunea preferată pentru tatuaj și conținutul tematic s-au putut stabili următoarele corelații :

- pe părțile descoperite ale corpului, se realizează doar imagini sau însemne ermetice, inaccesibile neinițiaților ;
- pe brațe, se tatuează imagini a căror încărcătură sentimentală primează (dragoste, ură, răzbunare) ;
- pe părțile intime (sîni, coapse, penis), sînt cel mai adesea tatuate numele partenerilor sexuali (LOMBROSO citează cazul unor prostituate care și-au tatuat pe pielea din zona pubiană peste 20 de nume diferite, după ce, în prealabil, suferiseră dureroase operații de ștergere a numelui anterior cu ajutorul unui acid).

Tatuajul se prezintă ca un mesaj neadecvat, sărac în conținut, vorbind mai ales despre sugestibilitatea subiectului și spiritul lui de imitație. Există și subiecți care își tatuează un veritabil „curriculum vitae“, fie prin notarea datelor semnificative ale existenței lor, fie prin realizarea unor „benzi desenate“ urmărind povestea vieții proprii.

Spre deosebire de opinia lui LOMBROSO (1897), care afirmase că tatuajul ar fi fost unul din stigmatele criminalului (determinînd proliferarea europeană a studiilor de acest tip : TARDIEU, PEXIOTTO, DE MOTHIEL, SALILLAS etc.), autorii contemporani consideră că, deși deseori tatuajul este o personalitate dizarmonică, tatuatul nu poate fi considerat semn de boală. Mai trebuie amintit faptu că tatuarea a fost folosită ca metodă de identificare medico-legală prin marcarea cu fierul roșu a infractorilor (în Franța, cu „V“ de la *voleur* „hoț“). Filozoful BENTHAM a propus chiar folosirea diverselor tatuaje pentru diversele tipuri de infracțiuni, soluție „rejectată“ de opinia publică (GH. SCRIPCARU M. TERBANCEA, 1983).

Un aspect deosebit de dramatic al folosirii tatuajului a fost cel al înregistrării numărului de evidență pe brațul victimelor internate în lagărele de concentrare. Cu excepția acestei circumstanțe, tatuarea forțată este rar întîlnită, în general fiind vorba de consimțămîntul celui tatuat. În moda tineretului occidental din ultimele decenii, tatuajul a reapărut de cîteva ori, dar nu sub forma clasică, ci doar sub cea de surogate, care se pot curăța după un anumit interval (ore, zile).

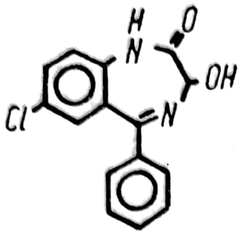
84. **TAUMATOLOGIE** (cf. gr. *thauma* „minune, miracol“ ; *logos* „cuvînt, discurs“) ● Formă a magiei constînd în acte cu pretins efect miraculos (minuni), precum învierea morților, vindecarea bolilor prin atingerea cu mîinile — formă medicală a taumatologiei. Această putere era atribuită preoților, magicienilor, iar mai tîrziu lui Isus Hristos.

85. **TAUSK Victor** (1879—1919) ● Psihiatru slovac. Inițial a studiat dreptul, susținîndu-și teza la Viena, în 1902. A lucrat la Sarajevo și Berlin. În 1907 l-a cunoscut pe FREUD, eveniment care i-a modificat traiectoria existenței : a început studiul medicinii în 1908, iar în 1914 și-a susținut teza. A fost studentul lui HOCHWART și al lui Wagner von JAUREGG. Deși inițial a fost adeptul lui FREUD, a intrat apoi în dezacord cu maestrul său. A publicat o serie de lucrări, dintre care pot fi menționate : „Psihologia delirului alcoolic“ (1915), „Simptomatologia psihozei de război“ (1916), „Psihologia dezertorului“ (1917).

86. **TAUTOFON$^{(T)}$ test** (cf. gr. *tauto* „același“ ; *phone* „sunet“) ● Test original, imaginat de SKINNER pentru diagnosticul subiecților cu halucinații auditive și sindroame delirante. Proba constă în ascultarea unor discuri sau benzi de magnetofon pe care sînt înregistrate silabe și fragmente de cuvinte lipsite de sens, a căror rostire este foarte puțin inteligibilă. Subiectului i se cere apoi să povestească ce spunea persoana înregistrată. Poate fi folosit și ca test proiectiv verbal.

87. **TAUTOLOGIE** (cf. gr. *tautologia*) ● Propoziție în care predicatul repetă conținutul subiectului, fără a-i adăuga nimic nou. Prezența tautologiilor într-un discurs logic duce la apariția unor sofisme cum sînt „cercul vicios“ sau „petitio principi“. În logica simbolică, termenul are o altă semnificație, legată îndeosebi de teoria funcțiilor de adevăr, care consideră drept tautologii acele propoziții ce sînt adevărate în virtutea unor criterii pur formale, indiferent de valoarea de adevăr a argumentelor lor. În acest sens, termenul este sinonim cu lege logică sau expresie identic-adevărată.

88. **TAVOR**$^{(M)}$ Ceho-Slovacia, Grecia, Italia, Iugoslavia, Germania — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.



89. **TAXILAN**$^{(M)}$ Belgia, Grecia, Olanda, Germania — DCI *Perazină* ● Neuroleptic, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip N-metilperazinil-N-propilfenotiazină; în doze mari are acțiune antipsihotică, în doze mici — acțiune tranchilizantă. În ansamblu, acțiunea sa este antipsihotică, anxiolitică, sedativă.

90. **TAXIOLOGIE** (cf. gr. *taxis* „ordine"; *logos* „cuvînt, discurs") ● Disciplină științifică care studiază organizarea și evoluția activităților umane prin factorii de progres. Unul dintre întemeietorii ei, alături de TAYLOR, FAYOL, MAYO, DRUCKER, este savantul român ZAPAN. Potrivit opiniei lui Pavel MUREȘAN — cel mai competent cunoscător al operei lui ZAPAN, autorul unei valoroase monografii — taxiologia reprezintă „o teorie originală a științei organizării și criticii, ce amintește de cibernetică, fără însă a se confunda cu aceasta". Pornind de la „problema analogiei dintre organizarea proceselor corticale ale stereotipului dinamic și ale formării deprinderilor pe de o parte și, pe de alta, de la organizarea în genere a proceselor din natură și a proceselor de muncă, precum și de la condițiile perfecționării activității în procesul psihologic al învățării și exercitării ei", ZAPAN a identificat un număr de 70 de factori de organizare și progres, mai importanți în procesul învățării și al organizării unei activități în genere. Condițiile de progres care duc la o mai bună structurare sau organizare a activității sînt denumite „factori de progres, structurali sau de organizare" și sînt aplicabile în diferite domenii (școală, artă, știință, filozofie, administrație, industrie, armată, transporturi, organizarea statului). În abordarea structuralistă a organizării ca factor de progres social se pornește de la condițiile perfecționării activității în procesul psihologic al învățării și al exercitării ei. Inițial, ZAPAN a stabilit un număr de numai șapte factori importanți de progres, care condiționează învățarea, executarea și organizarea unei activități:

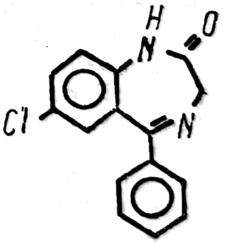
- sprijinirea activității pe organizări obiective și cvasiobiective;
- constanța în principii și metodă în decursul evoluției activității;
- coordonarea părților;
- subordonarea părților în întreg;
- sensul și rostul activității;
- înlocuirea normelor și procedeelor abstracte călăuzitoare prin procedee intuitive;
- eliminarea părților neesențiale și punerea în valoare și ierarhizarea celor esențiale.

Pe bază de cercetări experimentale efectuate timp de peste 30 de ani, ZAPAN a elaborat principiile acestei științe, pe care le-a grupat în trei categorii:

- legile elaborării stereotipului dinamic și ale sistematizării pe scoarța cerebrală a legăturilor temporare;
- „factorii de progres" în procesul învățării și în formarea deprinderilor;
- „factorii de progres" specifici procesului muncii și organizării ei, în condițiile unui sistem social.

Lucrările lui ZAPAN reprezintă încă un caz de prioritate românească într-un domeniu, popularizată însă tardiv, abia după o jumătate de secol.

91. **TAXONIM**$^{(M)}$ Columbia — DCI *Nordazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1, 3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-anxiolitică; indicat în distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice; are o bună toleranță și o singură contraindicație: miastenia.



92. **TAXONOMIE** (cf. gr. *taxis* „ordine"; *nomos* „lege") ● Operație de sistematizare a unui ansamblu de noțiuni, grupînd în clase sau mulțimi obiectele la care se referă acestea,

în virtutea unor proprietăţi comune ; la rîndul lor, clasele de obiecte sînt dispuse într-o ordine ierarhică, după criteriul generalităţii, astfel încît, la finele operaţiei de clasificare, fiecare clasă astfel definită, să deţină un loc precis şi inconfundabil. Succesul operaţiei depinde, în primul rînd, de relevanţa criteriilor de clasificare adoptate ; acestea pot fi naturale, atunci cînd iau în consideraţie proprietăţile intrinseci ale obiectelor ce ţin de esenţa lor, sau artificiale, atunci cînd gruparea obiectelor se face după anumite însuşiri distinctive, stabilite în mod convenţional (de exemplu, în fişierul unei biblioteci, dispunerea tematică a autorilor este o clasificare naturală, în vreme ce gruparea lor alfabetică este o clasificare artificială).

Succesul operaţiei de clasificare depinde şi de respectarea anumitor reguli fundamentale, între care cele mai importante sînt :

- fiecare element din mulţimea totală a obiectelor de clasificat trebuie să fie distribuit într-o clasă ;
- clasele definite trebuie să se excludă reciproc, cu alte cuvinte nici un element nu poate să aparţină la două sau mai multe clase diferite ;
- pe fiecare treaptă a clasificării, criteriul după care se grupează elementele trebuie să fie unic.

Studiul diferitelor grupuri de obiecte, cu scopul clasificării lor în specii, clase, genuri, face obiectul taxonomiei ; în sens strict conceptual, reprezintă ştiinţa legilor de clasificare.

93. **TAY-SACHS$^{(B)}$ boală** ● Afecţiune genetică, metabolică, transmisă recesiv-autosomal, caracterizată biochimic prin tezaurizare de gangliozide în celulele ganglionare ale sistemului nervos central. Boala a fost descrisă, în anul 1887, de către TAY şi SACHS. Individualizarea acestor afecţiuni în raport cu celelalte forme clinice ale idioţiilor amaurotice familiale a fost posibilă graţie cercetărilor biochimice şi genetice întreprinse de MULDNER (1962), TERRY şi NEISS (1963).

Deşi patologia bolii Tay-Sachs nu este încă elucidată, KLENK (1955), SVENERHOLM, ROSENBERG şi CHARGAFF (1957) consideră că „leziunea enzimatică" s-ar datora fie unei anomalii de sinteză, care împiedică încorporarea galactozei în moleculă, fie unei tulburări de catabolism. Debutul este precoce, manifestat prin indiferenţă, hipotonie, reducerea mişcărilor active, tulburări oculare (scăderea acuităţii vizuale, nistagmus, pată maculară roşie-cireşie înconjurată de halou alb-albăstrui), atrofie musculară, convulsii, deteriorare psihică. Examenele paraclinice arată atrofie optică, şanţuri emisferice exagerate, ectazie ventriculară, dispariţia activităţii fructozo-1-p-aldolazei (cea mai caracteristică tulburare enzimatică), leziuni particulare ale celulelor ganglionare din encefal (aspect balonat sau piriform, degenerescenţă ventriculară Schaffer). Evoluţia şi prognosticul sînt nefavorabile, decesul survenind în jurul vîrstei de 3—4 ani, prin infecţii respiratorii.

94. **TAYBI$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom care grupează, alături de tulburări de creştere, surditate moderată, malformaţii scheletale, în special ale extremităţilor membrelor (metacarpiene şi metatarsiene) şi ale trunchiului, malformaţii dentare (anodonţie parţială, suprapuneri dentare), deficienţă mintală moderată (Q.I. 75—90).

Transmiterea acestui sindrom, descris în 1962 de H. TAYBI, se face în legătură cu cromozomul X.

95. **TAYLOR Frederick Winslow** (1856—1915) ● Inginer şi economist american, care a descoperit „oţelurile rapide" (în 1896, împreună cu W. WHITE), şi ale cărui principii şi procedee de organizare ştiinţifică a muncii au stat la baza activităţii marilor întreprinderi din întreaga lume. Din simplu zilier la un atelier de construcţii mecanice, TAYLOR ajunge inginer, doctor în ştiinţe (1906) şi preşedinte ales al Societăţii Americane a inginerilor mecanici. În esenţă, taylorismul s-a sprijinit pe analiza detailată (cronometrare) a mişcărilor de muncă (pentru eliminarea mişcărilor inutile şi a timpilor „morţi" din activitatea muncitorilor), repartizarea raţională de atribuţii, cu distingerea netă a sarcinilor de conducere de cele de execuţie, selecţia şi formarea muncitorilor pentru posturi bine circumscrise, motivaţia muncii (limitată însă de factorul retribuţie). Deşi a atras atenţia că tehnica în sine nu asigură rentabilitatea producţiei în lipsa unei unităţi de standarde şi plan (dublate de control) şi a trezit interesul pentru psihologia aplicată (în sensul necesităţii intervenţiei psihologilor în procesul de optimizare a muncii, ceea ce a condus la înfiinţarea unui număr impresionant de laboratoare de psihologie industrială), TAYLOR nu s-a dovedit un fin psiholog, întrucît nu a ţinut cont de diferenţele psihoindividuale, creşterea productivităţii prin aplicarea sistemului său realizîndu-se în dauna sănătăţii psihice şi fizice a muncitorilor. Omul a fost considerat o anexă a maşinii, o unealtă, dar o unealtă din care, cu chibzuială, se putea stoarce mai multă plusvaloare.

„Maxima prosperitate", pe care TAYLOR a ridicat-o la rangul de principal obiectiv al conducerii, a fost privită numai unilateral. Pentru proprietar, ea se concretiza prin dezvoltarea tuturor laturilor activității intreprinderii la „cel mai înalt grad de eficiență", iar pentru salariați, prin „dezvoltarea fiecărei persoane la o stare de maximă productivitate". Conceptul „maximei prosperități" nu înseamnă altceva decit profit maxim prin intensificarea muncii pînă la limite inadmisibile. Taylorismul s-a constituit așadar într-o concepție organizațional-tehicizantă, în care elementul uman era neglijat, o concepție antiumană. Criticile și reacțiile adverse față de omiterea punctului de vedere psiho-fiziologic au condus treptat la abandonarea taylorismului și la înlocuirea lui cu sistemul introdus prin psihologia dinamică de K. LEWIN, denumit „Personnel Manegement".

Dintre lucrările de referință pentru sistemul de gîndire taylorist pot fi menționate : „Studiu asupra organizării muncii în uzine" (1903) și „Principii de organizare științifică a uzinelor" (1911).

96. **TEACĂ DE MIELINĂ** — sin. NEUROLEMĂ ; SCHWANN — teacă → NEURON.

97. **TEAMĂ** ● Face parte din categoria emoțiilor bazale, caracterizîndu-se printr-o stare afectivă percepută în mod neplăcut de către subiect, sub formă de neliniște, insecuritate ; determină, de cele mai multe ori, tendința de evitare a unui posibil pericol, iminent sau îndepărtat. Încercările de definire a acestei trăiri emoționale se lovesc de larga paletă de expresie pe care o dobîndește la nivel individual.

Tipul de personalitate își pune amprenta în mod decisiv asupra modului în care subiectul „presimte" și mai ales trăiește sentimentul de teamă.

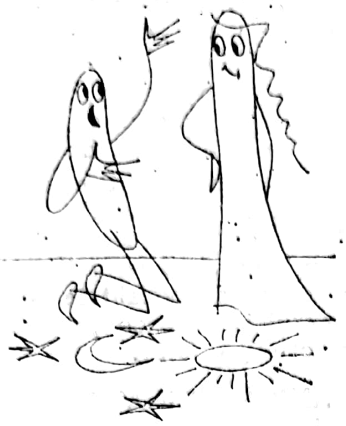
Nivelul de instruire și „experiența sau antrenamentul" acumulate de subiect reprezintă un alt element în relația individ-teamă.

După intensitatea trăirii afective, teama are mai multe forme care, în funcție de particularitățile și disponibilitățile fondului timic al subiectului, pot fi descrise ca : timiditate, frică, panică, teroare.

După R. PLUTCHIK, teama se situează, alături de anticipație, furie, bucurie, acceptare, surpriză, durere și dezgust, în ansamblul emoțiilor bazale, care caracterizează viața afectivă a ființei umane, reflectînd obiectivitatea lumii înconjurătoare prin filtrul subiectivismului individual. În fața oricărei situații noi sau avînd un grad de dificultate sporit, individul poate încerca un sentiment de teamă care are însă un răsunet pozitiv asupra activității sale (concentrare, mobilizare a forțelor). Exagerarea sa patologică, ca și absența ei, îi conferă semnificația unui simptom, anxietatea, angoasa, fobia trăirilor terifiante fiind formele cele mai frecvente.

P. Brueghel

98. **TEATRALISM** (cf. lat. *theatrum* „locul de prezentare al operelor dramatice, unde se dau spectacole") ● Atitudine caracterizată prin spectacular, artificial, în care subiectul pare că joacă un anumit rol : „comportament excesiv, melodramatic sau burlesc" (MARCHAIS). Este implicat foarte frecvent în isterie, unde completează diagnosticul, alături de apariția crizelor paroxistice în legătură cu un presupus beneficiu secundar și de lipsa semnelor de organicitate. Se regăsește în mod constant în trăsăturile personalității isterice (egocentrism, labilitate emoțională, sărăcia și artificialitatea afectelor, erotizarea raporturilor sociale, frigiditate, dependență afectivă). După cum se exprimă T. LEMPERRIÈRE, personalitatea isterică simte o necesitate imperioasă de a afișa un personaj, de a juca un rol, ca modalitate de evitare a unui contact autentic cu celălalt. În spatele deghizărilor care o maschează, de-a lungul multitudinii



rolurilor pe care le joacă și a personajelor pe care le împrumută, personalitatea isterică nu se lasă cunoscută. Aceasta pentru că ea nu este capabilă de a-și edifica o istorie care să-i fie proprie, autentică, nici o identitate, trebuind să-și construiască și una și alta prin substituire cu existențele altora, ceea ce generează inconsistența propriei persoane, iluzia unei realități. În acest fel, personalitatea isterică se izolează într-o singurătate insuportabilă, din care încearcă să iasă cu aceeași frenezie cu care intrase într-o relație precedentă. Aceasta conferă aparența trăsăturilor de versatilitate și nesinceritate, deși în realitate, la bază se află extraordinara plasticitate a subiectului, care îi permite abordarea unei infinități de roluri în funcție de auditoriul prezent, favorizată de o receptivitate specifică schimbării rolurilor. „Simțind publicul", întocmai ca și actorul, personalitatea isterică selectează atît oamenii, cît și situațiile pe care nu le poate „înțelege" într-un mod empatic infantil, ceea ce l-a făcut pe RECAMIER să afirme că „istericul *nu face* teatru, el este teatrul ; el nu este *un* actor, el este actor ; el nu *are* emoții, el însuși este o emoție" și pe J. JASPERS să susțină că : „el trăiește în întregime în interiorul teatrului pe care și l-a creat". Teatralismul reprezintă, la acest tip de personalitate, fundalul reactivității emoționale excesive, ce determină numeroase decompensări (→ ISTERICĂ PERSONALITATE).

99. **TEATROTERAPIE** (cf. gr. *theatron* ; lat. *theatrum* ; gr. *therapeia* „îngrijire") ● Terapie folosită de unii psihoterapeuți, constînd în interpretarea pieselor de teatru de către bolnavii psihici. MORENO nu consideră psihodramă această metodă terapeutică (ea nu se confundă nici cu psihodrama spontană, nici cu psihodrama planificată → PSIHODRAMĂ). Unii psihoterapeuți consideră că a face teatru cu bolnavii și pentru bolnavi constituie o modalitate de a-i pregăti pentru psihodramă (Anne ANCELIN-SCHULTZENBERGER, SIVADON, TOSQUELLES).

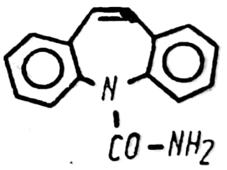
100. **TEBAISM** (cf. *Tebaina* — alcaloid extras din opiu) ● Intoxicație acută cu opiu.

101. **TEFASERPINA**$^{(M)}$ Italia — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

102. **TEGA-FLEX**$^{(M)}$ SUA — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N, N-dimetil-2-(0-metil-α-fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepresive (intensitate mică), utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

103. **TEGISEC**$^{(M)}$ Spania — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-/(α-metilfenetil) amino/propionitril, cu marcate valențe anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

104. **TEGRETAL**$^{(M)}$ Germania — DCI *Carbamazepin* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă,



cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antalgică. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

105. **TEGRETOL**$^{(M)}$ Anglia, Australia, Austria, Belgia, Brazilia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Japonia, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, SUA, Turcia, Ungaria $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **TEGRETAL**$^{(M)}$ Germania.

106. **TEHNICĂ** (cf. gr. *techne* „artă, abilitate") ● Ansamblu de procedee și metode care se aplică într-un anume domeniu. Legat de psihiatrie, psihopatologie și psihologie, tehnica se referă la o metodă sau procedeu te-

rapeutic, fie acesta mecanic, chimic sau psihologic (→ PSIHOTERAPIE ; PSIHOTERAPIE COMPORTAMENTALĂ ; TEHNICI PROIECTIVE).

107. **TEHNICĂ ACTIVĂ** (cf. fr. *technique*: vezi gr. *techne*) ● Tehnică folosită de FERENCZI în terapia analitică. Se bazează pe o atitudine activă a analistului, opusă atitudinii pasive din cura clasică. Această atitudine este specifică tuturor psihoterapiilor scurte. Tehnica activă presupune respectarea următoarelor condiţii :

- rolul activ al terapeutului în relaţia cu pacientul, cu scopul de a provoca mai repede şi mai intens apariţia reacţiilor nevrotice transferenţiale ;
- fixarea finalului terapiei (se va comunica pacientului durata terapiei) ;
- „fanteziile forţate“ (i se va cere pacientului să fantasmeze pe anumite teme date) ;
- terapeutul va frustra pacientul în mod deliberat, indicîndu-i să facă sau să nu facă anumite lucruri (de exemplu, obsesionalului i se va cere să nu-şi mai practice ritualurile).

Deşi iniţial această tehnică părea să aibă succes, ulterior ea a fost abandonată chiar de FERENCZI (1925). A mai fost folosită de ALEXANDER şi FRENCH.

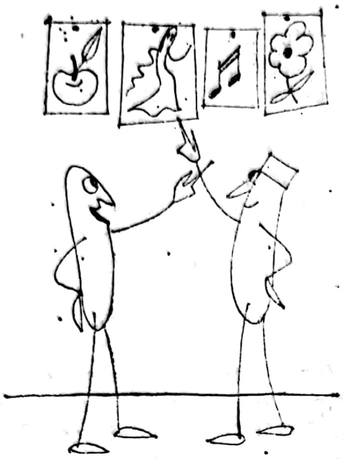
108. **TEHNICA ANALIZEI VISELOR** ● Modalitate de pătrundere în inconştient, la conflictele care generează simptome psihice, conflicte a căror semnificaţie poate fi descoperită prin analiza viselor, folosind tehnica asociaţiei libere. Această tehnică conduce la conţinutul latent al visului, conţinut prin care se realizează o dorinţă, de obicei o dorinţă inconştientă ce nu apare în starea de veghe. Analiza viselor presupune un travaliu prin care se trece de la conţinutul manifest al visului la conţinutul latent, folosind asociaţiile libere pe marginea conţinutului manifest (acest din urmă conţinut se construieşte din informaţiile diurne, din fragmentele de evenimente rămase din starea de veghe).

În cadrul curei psihanalitice, analiza (interpretarea) viselor reprezintă o modalitate importantă de relevare a semnificaţiei simptomelor şi, în general, a semnificaţiei conţinuturilor inconştiente, modalitate de investigare a inconştientului, deci de psihoterapie prin autocunoaştere (→ VIS).

109. **TEHNICĂ PSIHANALITICĂ** (psihoterapie psihanalitică) → CURĂ PSIHANALITICĂ ; PSIHANALIZĂ.

110. **TEHNICI PROIECTIVE** ● Ansamblul de probe (metode) care vizează investigarea dinamică şi globală a personalităţii într-un moment anume, dar şi în perspectiva formării şi evoluţiei sale. Termenul a fost introdus de FRANK în 1939 (Metodele proiective în studiul personalităţii, în „Journal of Psychology“). FRANK porneşte de la trei probe psihologice pe care le consideră înrudite între ele : testul asociaţiilor de cuvinte al lui JUNG (1904), testul petelor de cerneală al lui RORSCHACH (1920) şi testul lui MURRAY (1935) constînd în crearea unor povestiri după tablouri date (TAT adică Thematic Apperception Test). Metodele proiective, ca instrumente de investigaţie, urmăresc determinismul dialectic, reţeaua cauzală şi, în special, motivele profunde şi mecanismele care stau la baza formării unor trăsături, atitudini, simptome. Ele sînt instrumente clinice în psihologie şi reprezintă aplicaţii practice ale concepţiei psihologiei dinamice. În acest sens, noţiunea de „test“ este mai greu aplicabilă unor astfel de probe, întrucît standardizarea şi etalonarea lor sînt dificil de realizat ; de asemenea, fidelitatea şi validitatea lor se apreciază greu. Tehnicile proiective diferă esenţial de tehnicile psihometrice din punct de vedere al nivelelor pe care le investighează şi deci al naturii informaţiilor pe care le oferă despre persoana investigată.

Metodele proiective au două caracteristici proprii : ambiguitatea materialului prezentat subiectului (material nonstructurat, stimulul nu este organizat după un algoritm de lucru care să se repete) şi libertatea consemnului care oferă subiectului o libertate maximă de alegere a răspunsurilor (consemnul nu se referă la ceva anume, nu există răspunsuri corecte sau incorecte din punct de vedere formal, răspunsurile nu sînt semnificative

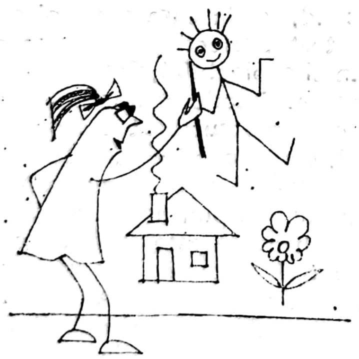


ca performanțe ale subiectului, ci ele trimit la o problematică a sa, la un complex sau la un conflict de care persoana nu este conștientă). Ca figurare a stimulului, metodele proiective urmează evoluția Gestalt-teoriei ; astfel, JUNG îi succede lui Von EHRENFELS ; RORSCHACH lui WERTHEIMER, iar MURRAY, lui Kurt LEWIN ; totuși, aceste metode nu au suportat o influență directă din partea gestaltismului ; ele au fost mai degrabă influențate de psihanaliză, unde ambiguitatea stimulului nu urmărește calitățile percepției ca proces senzorial, ci vizează condițiile interne ale persoanei, motivele profunde pe care se clădește experiența trăită a omului. Pentru psihanaliză, asociația liberă a ideilor are la bază istoria pacientului și a conflictelor sale. În acest sens, în testul Rorschach, percepția petelor și în general parametrii răspunsului elaborat sînt determinate nu de acuitățile proceselor senzoriale, ci de organizarea individuală a personalității, de modul în care se formează persoana trecînd prin diversele stadii de dezvoltare.

Există trei surse principale în metodele proiective : asociațiile verbale, pornind de la un stimul verbal (cuvînt) dat (testul lui JUNG) ; interpretarea liberă a petelor de cerneală (testul lui RORSCHACH) ; experiența desenului (între 1920—1930 tratamentul psihanalitic se extinde la copii, desenul liber devenind substitut al asociațiilor verbale, întrucît la copii expresia verbală este mai puțin semnificativă). Desenul și povestirile libere au o semnificație simbolică, analogă viselor și simptomelor nevrotice. În 1935, MURRAY creează primul test care se inspiră din tehnica povestirii libere : testul de apercepție tematică (TAT). Mai tîrziu apar teste proiective în care se folosește desenul (în 1949, KOCH publică, în Elveția, testul arborelui, iar MACHOVER, în SUA, testul desenului unei persoane).

Situația de test proiectiv are anumite caracteristici. Există analogii între situația proiectivă (investigația printr-o metodă proiectivă) și situația psihanalitică (investigația psihanalitică). În ambele cazuri punctul de plecare nu este o temă anume, regula fiind aceea a asociațiilor libere ; subiectului nu i se trasează o direcție de urmat ; nu se stabilește un timp anume (în psihanaliză, de pildă, durata unei ședințe este de o oră sau 45 de minute, însă numărul ședințelor nu se fixează dinainte) ; în cazul unei probe proiective, consemnul implică un grad maxim de libertate în alegerea răspunsului, iar timpul este nedefinit. Spre deosebire de situația analitică, aici se introduce un material (cît mai puțin structurat, deci cît mai ambiguu) și o anchetă ulterioară în funcție de caz. Ceea ce contează în primul rînd, și în cura analitică și în aplicarea unui test proiectiv, este răspunsul cel mai spontan al subiectului, formularea cea mai puțin elaborată. Practic, materialul unei probe proiective este nestructurat din punct de vedere formal, dar el conține structuri de natură afectivă și fantasmatică ce stimulează și orientează anumite răspunsuri ale subiectului. Diferit de psihanaliză este și faptul că investigarea proiectivă dispune de un număr fix de ședințe (două pentru TAT, una pentru Rorschach), în schimb este nelimitată durata de elaborare a răspunsului. În ansamblu, cura psihanalitică și aplicarea probelor proiective au două principii comune : libertatea de expresie și libertatea de timp. Consemnul unei probe proiective (ca și consemnul în situația analitică) se adresează în primul rînd dorințelor subiectului, lăsîndu-i maxima libertate de alegere și, în același timp, reprezentînd pentru el o constrîngere — această libertate de a spune tot, de a nu omite nimic mobilizează cenzura, defensele ; pe de altă parte, subiectul este constrîns de regulile pe care trebuie să le respecte (a spune orice, dar a nu face orice, a-şi exprima dorinţele dar a nu şi le analiza aici şi acum). În cazul aplicării unui test proiectiv, examinatorul trebuie să aibă neutralitatea binevoitoare a psihanalistului; între subiect şi examinator se creează o relaţie transferenţială pozitivă, negativă sau ambivalentă. Spre deosebire de cura psihanalitică, în situaţia proiectivă subiectul se dezvăluie indirect, prin intermediul materialului de test. Situaţia proiectivă este o situaţie relativ „vidă" (D'ANZIEU), ea se adresează problemelor profunde ale subiectului, conflictelor sale ; ea provoacă regresie şi declanşează angoase. Reprezentările fantasmatice inconştiente apar mai ales în conţinutul răspunsurilor, iar mecanismele de defensă ale Eului se manifestă în parametrii formali ai acestor răspunsuri (de exemplu, la Rorschach, „angoasa iniţială din momentul intrării în probă pare să fie angoasa primară în faţa pierderii obiectului, independent de alte forme de angoasă care apar ulterior, provocate de simbolismul matern, patern sau sexual din unele planşe").

Există astfel două mari categorii de răspunsuri : răspunsurile integrate, în care predomină forma (afectul, senzaţia, dispoziţia sînt controlabile de Eu) şi răspunsurile dezintegrate, în care predomină ceilalţi determinanţi (culoarea, kinestezia, estompajul) şi în care apar emoţiile, reprezentările fantasmatice, impulsiunile, tendinţele profunde. Din punct de vedere psihanalitic, există trei aspecte ale regresiunii : aspectul formal (de la gîndirea conceptuală, raţională spre gîndirea imagistică, spre reprezentarea figurativă) ; aspectul cronologic (de la starea adultă la stadiul micii copilării) ; aspectul topic (de la Eu la Sine).



Situaţia proiectivă provoacă o regresie a proceselor secundare spre procesele primare dominate de principiul plăcerii ; regresia este mai mult sau mai puţin accentuată, după tipul de test proiectiv. Testele de tip TAT şi cele de improvizaţie dramatică cer din partea subiectului apelul la limbajul verbal, la sintaxă ; aici regresia se poate produce pînă la a doua copilărie ; personajele din scenele şi istoriile pe care le inventează subiectul trimit la diversele sale identificări. Testele de tip Rorschach şi cele de tip desen provoacă o regresie la stadiul preverbal, deci regresia este mai profundă (primele reprezentări despre propriul corp, fantasmele de ruptură şi de întregire corporală, stadiul oglinzii, achiziţia imaginii de sine şi achiziţia primelor cuvinte, diferenţierea interiorului de exterior ; astfel este important, în testul Rorschach, ca subiectul să recunoască personaje umane în planşa a treia, este important de asemenea faptul că el se centrează în interpretare pe axul interior, lucru specific obsesionalilor, sau că apar frecvent conţinuturi ca „gură", „dinţi", „roci" — care trimit la stadiul oral).

Au fost formulate opinii variate în ceea ce priveşte tipurile de tehnici de proiecţie. BELLAK şi SYMONDT (citaţi de D'ANZIEU, 1973) propun trei tipuri de tehnici psihologice :

- tehnici de expresie (subiectul este liber atît în consemn, cît şi prin materialul propus) ;
- tehnici proiective (materialul standardizat, dar răspunsuri libere) ;
- tehnici psihometrice (material precis, riguros organizat şi un singur răspuns corect).

OMBREDANE a descris tipuri de proiecţie în funcţie de testele proiective :

- proiecţia speculară : subiectul găseşte în imaginea celuilalt însuşirile lui proprii ; la baza acestei proiecţii se află o nediferenţiere primitivă între sine şi altul ; subiectul se exprimă fie la modul indicativ (de exemplu, un handicapat fizic desenează un corp uman atrofiat, într-o probă de desen liber), fie la modul optativ (de exemplu, o persoană frustrată afectiv descrie, într-o probă proiectivă, o scenă de tandreţe) ;
- proiecţia cathartică : subiectul atribuie celuilalt nu numai însuşirile sale proprii sau pe cele pe care le-ar dori, dar şi acele caracteristici ale sale pe care el le refuză, de care el doreşte să se debaraseze şi să se descarce plasîndu-le într-un altul ; este mecanismul delirului paranoiac (de exemplu, o persoană cu un Supraeu rigid poate vedea, la un test proiectiv, scene de violenţă) ;
- proiecţia complementară : subiectul atribuie altuia sentimente sau atitudini care să le justifice pe ale sale (de exem-

plu, un revoltat descrie personaje nedrepte și severe ; el are nevoie de aceste personaje pentru a-și susține revolta).

În practica psihologică, există două mari categorii de tehnici proiective :

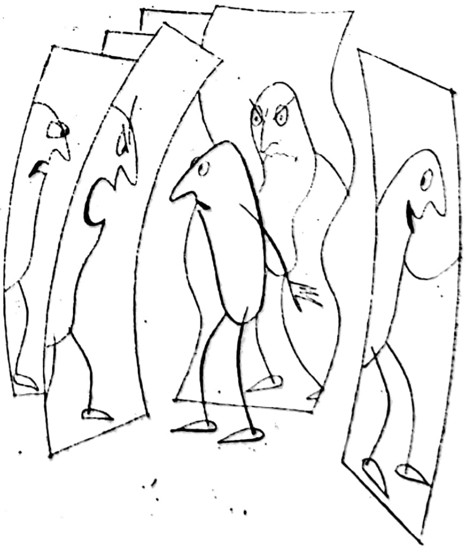
- **testele proiective tematice** (prototip TAT) ; aici apar conținuturile reprezentative ale unei persoane (conflicte, dorințe esențiale, mecanisme de defensă, momente importante din experiența trăită) și motivațiile dominante ale subiectului. După OMBREDANE, subiectul proiectează aici ceea ce el crede că este, ceea ce ar dori să fie, ceea ce refuză să fie, ceea ce simte că sînt alții în raport cu el. Nu se poate încă stabili exact în ce măsură aceste motivații determină conduite rare sau frecvente, manifestări reale sau reverii interioare ;
- **testele proiective structurale** (prototip Rorschach) sînt relevante mai ales pentru organizarea profundă a personalității, pentru relațiile dintre cele trei instanțe (Eu, Sine, Supraeu), pentru modalitățile de desfășurare a conduitelor.

Există o serie de studii sistematice ale testelor proiective, din perspectivă psiholingvistică. Limbajul se manifestă pe două coordonate : paradigmatică (codul) și sintagmatică (mesajul). Codul presupune selecție și substituție prin analogie, permițînd, de exemplu, alegerea unui termen din lexic dintre alți termeni cu sensuri învecinate sau opuse. Mesajul presupune organizare și combinare a termenilor, dezvoltarea temporală a înlănțuirii termenilor după reguli gramaticale și semantice.

La testul Rorschach, subiectul are o sarcină esențial paradigmatică (de exemplu : „văd doi urși" — aici nu este vorba de un mesaj propriu-zis, ci este alegerea unui termen din lexic, în cazul de față substantiv). Dar există răspunsuri globale și kinestezice secundare, care sînt răspunsuri sintagmatice, termenii organizîndu-se într-un mesaj (de exemplu : „doi vraci primitivi într-un dans ritual: îndeplinind o ceremonie, în jurul focului") aceste răspunsuri secundare reflectă o capacitate a subiectului de a folosi la un nivel superior energia mintală și afectivă ; dincolo de utilizarea elementelor unui cod (oameni, foc), persoana creează o scenă, producînd un mesaj. În testul Rorschach, kinestezia majoră (K) operează o transformare a paradigmei în sintagmă (funcția poetică a limbajului, după JAKOBSON). În TAT, imaginile sînt structurate, ele conțin personaje, testul solicitînd funcția sintagmatică a limbajului (subiectul trebuie să compună o istorie, deci i se cere să formuleze un mesaj). TAT apelează în mod special la verb.

La testul asociațiilor de cuvinte al lui JUNG, relația dintre cuvîntul indus și cuvîntul inductor poate fi de natură paradigmatică (termenii sînt în poziție de contiguitate semantică, de exemplu : „verde-iarbă") sau de natură sintagmatică (cuvîntul indus este un echivalent al inductorului, termenii fiind în poziție de similaritate sau disimilaritate semantică, de exemplu : „verde-bucurie") ; primul tip de asociere are la bază metonimia, al doilea tip are la bază metafora.

Tehnicile proiective au o aplicație largă, în primul rînd în clinica psihiatrică, deci în psihopatologie, aproape în toate categoriile de maladii (schizofrenie, epilepsie, maladii mintale organice, nevroze, maladii psihosomatice, delincvență, perversiuni, tulburări de comportament). În mod deosebit sînt folosite Rorschach-ul și probele de desen (în clinică, înainte și după diverse terapii, în expertizele medico-legale). În Franța, Cécile BEIZMANN studiază psihologia copilului folosind Rorschach-ul (primele răspunsuri obți-



nute de la copii între trei și patru ani). Prin această metodă ea stabilește etapele dezvoltării și structurării perceptive, precum și semnificațiile patologice ale diferitelor fixații în dezvoltare. Tot ea descrie diverse tipuri caracteriale, după aspectul predominant al unui determinant sau altul : copilul imaginativ sau repliat (K), emotivul (CF), impulsivul (C), adaptativul (FC), anxiosul (Clob), fabulatorul (k), fricosul sau suspiciosul (E). Rorschach-ul a fost aplicat de asemenea în cercetările de antropologie culturală la populațiile primitive (Cora du BOIS) ; rezultatele au fost folosite și de KARDINER în teoria sa asupra personalității de bază. Folosirea Rorschach-ului in studiul primitivilor datează din 1938 (HALLOWELL).

În Franța, tehnicile proiective au fost aplicate și în orientarea profesională (motivații profunde, trăsături structurale care stau la baza intereselor și aptitudinilor). În SUA, Anna ROË a analizat prin Rorschach diverse profesiuni (fizicieni, biologi, psihologi, antropologi). În selecția profesională, pentru anumite meserii s-au folosit mai ales testele psihodramatice, testele de completare a frazelor, testul Rosenzweig ; în selecția cadrelor superioare s-au folosit Rorschach și TAT (pe lingă un interviu aprofundat și testele de aptitudini ; în general o astfel de examinare durează aproximativ o zi). Preoți-psihologi au utilizat metodele proiective în abordarea unor probleme de psihologie religioasă. Psihologia grupurilor restrînse a folosit tehnicile proiective ca obiect de activitate comună în grup (grupul întreg participă la test, fiecare membru colaborează la rezolvarea probei).

În 1943, în SUA a fost publicat un test proiectiv de grup (HORWITZ și CARTWRIGHT). S-au folosit tehnicile proiective și în psihologia comercială ca metode de investigare a motivațiilor, a intereselor, a preferințelor.

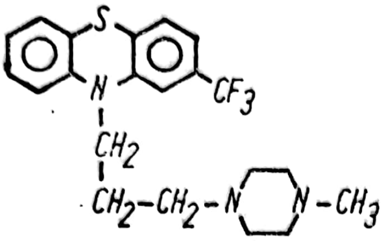
111. TEHNICI PSIHOTERAPEUTICE ● Ansamblu de metode specifice terapiei psihologice, terapie bazată esențial pe relația terapeut-pacient, indiferent dacă această relație constituie sau nu elementul principal în terapie (ea rămîne esențială chiar dacă nu i se acordă o atenție specială în mod manifest în cadrul terapiei). Orice tehnică psihoterapeutică presupune o concepție (teorie) precizată asupra psihoterapiei și o terapie asupra personalității. Există tehnici de psihoterapie care se aplică în limitele unor reguli stricte (tehnica psihanalitică, tehnicile comportamentale, anumite tehnici din psihoterapia scurtă, tehnicile psihodramatice) și tehnici care nu sînt clar definite (psihoterapia rațional-emotivă, Gestalt-psihoterapia). O tehnică psihoterapeutică reprezintă o modalitate de intervenție psihologică specifică, avînd în vedere un scop delimitat (modificarea profundă a personalității, rezolvarea simptomului, modificarea stilului cognitiv etc.). Indiferent de tehnica adoptată, ea nu poate fi aplicată rigid, întrucît maladia psihică, oricare ar fi, implică elemente ale întregii personalități a bolnavului. O tehnică se poate combina cu altele sau se poate schimba în măsura în care ea se dovedește ineficientă (→ PSIHOTERAPIE ; PSIHOTERAPIE SCURTĂ ; PSIHOTERAPIE ADLERIANĂ ; PSIHOTERAPIE COMPORTAMENTALĂ ; TEHNICĂ PSIHANALITICĂ ; PSIHOTERAPIE DE FAMILIE ; PSIHODRAMĂ).

112. TEISM (teină-alcaloid) (cf. fr. *théisme* ; de la *thé* „ceai") ● Intoxicație acută cu ceai, care se manifestă prin insomnie, agitație, tulburarea funcțiilor cardiace (→ CEAI, CEISM).

113. TEISM (cf. gr. *theos* „zeu, divinitate") ● Doctrină filozofică idealistă care concepe existența lui Dumnezeu ca persoană infinită, creator absolut și conducător al lumii. În opoziție cu ateismul (care neagă existența divinității), teismul este opus doctrinelor panteismului și deismului, deoarece îl consideră pe Dumnezeu transcendent față de lume prin ființa și esența lui, dar imanent lumii prin intervenția sa continuă în desfășurarea evenimentelor (în timp ce panteismul postulează prezența imanentă a divinității în cadrul naturii create, prin răspîndirea substanței sale în infinit de multe ipostaze, iar deismul afirmă deplina transcendență a lui Dumnezeu, absența lui din mersul firesc al lumii). Teismul constituie fundamentul filozofiei creștine din toate timpurile.

114. TELAZIN$^{(M)}$ Turcia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1-

piperazinil)propil/-2-(trifluorometil) fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice, efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice fiind mai mult decît reduse. Industria noastra farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.



115. **TELE-** (cf. gr. *tele* „departe“) ● Element de compunere cu sensul de „la distanță“.

116. **TELALGIE** (cf. *tele-* ; gr. *algos* „durere“) ● Durere apărută la distanță de locul leziunii.

117. **TELE-ELEMENT** (cf. *tele-* ; lat. *elementum*) ● Noțiune introdusă de J. MORENO, desemnînd „cea mai mică unitate de sentiment transmisă de la un individ la altul“. Reprezintă fenomenul de ordin empatetic, al atracțiilor și respingerilor interpersonale, și efectul corespunzător fixat într-o opțiune afectivă. Tele-elementul este un fenomen afectiv, care cuprinde diverse manifestări spontane : atracție-respingere-indiferență ; fiecare dintre aceste componente se manifestă ca un act de recepție sau emisie. Prin considerarea tele-elementului ca reprezentînd fundamentul relațiilor interpersonale, MORENO limitează sfera acestora la relații psihologice dominant afectiv-simpatetice. Eliberarea energiei psihice și circulația ei inter-individuală sub formă de tele-element este concepută de MORENO într-o viziune dinamică, activă, care încearcă să surprindă saltul de la individual la interpersonal.

118. **TELEFONOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. *tele-* ; gr. *phone* „voce“ ; *phobos* „frică“) ● Teamă patologică, nejustificată față de apelurile telefonice, existentă uneori la personalități anxioase, psihastenice, distimice, în nevroza obsesivo-fobică. Poate apărea și în delirurile cronice, unde nu este o fobie propriu-zisă, avînd o motivație delirantă.

119. **„TELEFONONEVROZĂ“** (cf. *tele-* ; gr. *phone*) ● Tulburări de tip neurasteniform, cu tendința de a deveni permanente (astenie fizică și psihică, tristețe, senzație de apăsare și lipsă de perspectivă, tulburări de ideație, iritabilitate, explozivitate, hiperemotivitate, crize de anxietate, tulburări în sfera psihosomatică și tulburări de somn), înregistrate la operatoarele din centralele telefonice odată cu simplificarea operațiilor fizice pe care acestea le aveau de executat și cu creșterea gradului de implicare „psihică“. Studiată de L. le GUILLANT și J. BEGUIN în 1956, „nevroza telefonistelor“ a ridicat o serie de probleme teoretice privind implicarea unor factori nosologici în determinismul nevrozelor. Astfel, modificarea raportului efort fizic/efort intelectual din anumite profesiuni solicită menținerea unui grad crescut de atenție și o ritmicitate monotonă timp îndelungat. Impresia individului că este o rotiță într-un angrenaj, care exclude inițiativa, implicînd supunerea necondiționată la anumite reguli dictate de o „forță invizibilă“ sau de „circumstanțe mecanice“, contribuie, alături de modul de viață extraprofesional și de particularitățile de personalitate, la constituirea unei veritabile psihopatologii.

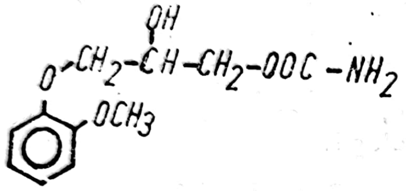
120. **TELEGNOZIE** (cf. *tele-* ; gr. *gnosis* „cunoaștere“) ● Cunoașterea indirectă, fără intermediul percepției sau funcțiilor intelectuale, a unor evenimente situate la distanță din punct de vedere spațial sau temporal. Acest fenomen, care include, printre altele, premoniția și clarviziunea, constituie obiect de dispută pentru oamenii de știință, părerile oscilînd între negarea totală a realității lui și ipoteze privind manifestarea lui efectivă, ipoteze pe care le va putea confirma sau infirma numai evoluția ulterioară a cunoașterii.

121. **TELEKINEZIE** (cf. *tele-* ; gr. *kinesis* „mișcare“) ● Fenomen parafizic constînd în mișcarea unor obiecte situate la distanță, fără folosirea unor mijloace fizice. Uneori este vorba de mișcarea în spațiu a obiectului în întregime, alteori au loc deplasări între componentele structurale ale acestuia, obiectul suferind distorsiuni ale formei. Fenomenul, a cărui realitate este controversată, lipsindu-i deocamdată fundamentarea științifică, se află în atenția oamenilor de știință după experimentul lui CHAUVIN, din 1966, cînd băieți de 12 ani au influențat, prin concentrare mintală, ritmul eliberării de stronțiu radioactiv din recipiente cu care nu aveau contact fizic direct. A fost propusă ca explicație posibilă inducerea de către subiect a unui cîmp electromagnetic foarte puternic care se interferează cu cel al obiectului supus acțiunii. Ca fenomen paranormal, telekinezia presupune calități extrasenzoriale ; s-a presupus

că aceste calităţi ar avea la bază fenomene parafiziologice. În psihopatologie, fenomenele din categoria paranormalului pot apărea ca simptome psihotice, sub forma ideilor delirante, intuiţiilor deilrante sau în anume deliruri sistematizate (→PARAPSIHOLOGIE ; EXTRASENZORIALĂ PERCEPŢIE).

122. **TELEMNEMONIE** (cf. *tele-* ; gr. *mnesis* „memorie“) ● Capacitate de pătrundere în memoria altei persoane pe care ar poseda-o unii subiecţi. Ca şi alte fenomene parapsihologice, nici telemnemonia nu este fundamentată ştiinţific şi demonstrată cu certitudine.

123. **TELEMOTAX$^{(M)}$** Argentina — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acţiune predominant miorelaxantă şi, în secundar, anxiolitic-sedativă.



124. **TELEOFRENIE** (cf. *tele-* ; gr. *phren* „minte“) ● Termen creat de M. NIPPE, pentru a desemna o stare psihică morbidă, intermediară simulării şi nevrozei traumatice, asemănătoare nevrozei de rentă (sau nevrozei de compensaţie).

125. **TELEOIS$^{(M)}$** Peru — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT$^{(M)}$ România.

126. **TELEOLOGIE** (cf. gr. *teleos* „scop“ ; *logos* „cuvînt, discurs“) ● Orientare filozofică idealistă, potrivit căreia totul în lume (natură, societate, om, conştiinţă) ar fi organizat şi s-ar produce în conformitate cu un scop predeterminat, cu o anumită finalitate ; orientare în ştiinţa contemporană care porneşte de la studiul scopurilor, considerîndu-le componente obiective ale activităţii umane.

Ca orientare filozofică idealistă, teleologia este un derivat al încercării de raţionalizare a religiei. „Dumnezeu“, creator al lumii, a imprimat, prin însuşi actul creaţiei, un scop anume tuturor entităţilor existente, care se realizează pe sine în ceea ce ne apare ca istorie naturală sau socială. Finalismul, rezultat din îngemănarea idealismului cu religia, afirmă tocmai acest fapt.

ARISTOTEL a folosit cuvîntul „aitie“ pentru a desemna necesitatea pentru care un obiectiv va exista sau cauza conform căreia se produce un eveniment. El a descris patru posibilităţi fundamentale de explicare a acestei necesităţi :

— cauza materială sau substanţa din care sînt făcute lucrurile ;

— cauza eficienţei sau impulsul care asamblează obiectele sau determină indirect evenimentele ;

— cauza formală sau modelul prin care formele devin recognoscibile ;

— cauza finală, faptul în virtutea căruia evenimentele se petrec şi lucrurile există.

Cauza finală va fi introdusă de filozoful grec în descrierea naturii ; în felul acesta, el va rivaliza cu filozofii mistici creştini.

Prima teleologie umană îşi află descrierea în dialogul platonician „Gorgias“.

ARISTOTEL, în „Fizică“, dezvoltă ideea teleologiei naturale, ajungînd la concluzia că natura are anumite scopuri în acţiunea ei. Ulterior, teleologi ca Sfîntul AUGUSTIN sau Thomas D'AQUINO au dezvoltat o teleologie a divinităţii, care argumenta faptul că ordinea naturală se desfăşoară conform unui plan divin (ceea ce va duce la declinul concepţiei telice ca metaconcepţie ştiinţifică).

BACON şi, ulterior, Th. HOBBES, J. COCKE D. HUME au accentuat tot mai mult pe interpretarea cauzei, folosind metoda empirică.

Aceşti filozofi naturalişti căutau să reducă identităţile sau acţiunile observate la sublinierea proceselor mecanice sau, altfel spus, să reformuleze cauzalitatea formală şi finală în cauzalitate materială şi eficientă. Explicarea rolului pe care conştiinţa umană îl joacă în crearea experienţei va duce la dezvoltarea, în filozofia europeană, a unor descrieri teleologice (PASCAL, SPINOZA, KANT, FICHTE, HEGEL, SCHOPENHAUER, KIERKEGAARD, NIETZSCHE etc.).

Filozofia hegeliană, prototip modern al idealismului obiectiv, ultima mare încercare de raţionalizare a creştinismului, reprezintă o concepţie teleologică, deoarece „Ideea absolută“ este temeiul (esenţa, scopul) care se realizează pe sine în şi ca natură, în şi ca om şi istorie a societăţii, devenind conştiinţă de sine şi deci realitate absolută. Considerată ca studiu teoretico-ştiinţific al scopului (finalităţii), teleologia devine o preocupare constantă a ştiinţelor contemporane legate de cibernetică şi de „noua tehnologie“. Reprezentanţii occidentali ai ciberneticii extind uneori noţiunea de scop (specific numai omului și acțiunii umane) asupra mașinii „de gîndit" (a computerului), confundînd autoreglarea și „gîndirea" mașinii cu autodirijarea conștientă de către om a tuturor relațiilor sale cu lumea ca lume și cu lumea sa. Teleologia dobîndește statut științific numai în cadrul filozofiei praxisului și numai cu aplicare la lumea omului, înțeleasă ca activitate practică în raport cu natura, cu societatea, cu istoria. Practica (activitatea materială, conștientă, transformatoare) este singura formă de activitate care implică scopul. Altfel spus, munca este o activitate teleologică deoarece instituie lanțuri cauzale care conțin și obiectivează scopuri. Determinarea socială este deci teleologică prin natura sa. Orice extrapolare a teleologiei, astfel definite, conduce fie la finalismul idealist sau religios, fie la teleologia tehnologică.

Psihologia teleologică invocă, în explicarea comportamentelor organismelor vii, scopuri sau intenții, spre deosebire de psihologia mecanică, pentru care aceste posibilități sînt excluse.

G. T. FECHNER a fost primul care a încercat să demonstreze că ființele sînt organisme teleologice, în care conștiința (telică) dă unitatea interioară a sistemului corporal (nontelic). Mai mult, el va adăuga acestei teleologii umane și una divină, ceea ce i-a adus dezaprobarea colaboratorilor și studenților săi. Printre aceștia, H. HELMHOLTZ va influența net orientarea psihologiei de la sfîrșitul secolului trecut către reducționism, direcție continuată de W. WUNDT, care a lucrat un timp ca laborant la Heidelberg sub directa sa îndrumare.

W. JAMES și W. Mc DOUGALL vor adăuga concepției lui HELMHOLTZ o explicație cauzală, iar ulterior G. W. ALLPORT (1937) și G. MURPHY (1974), prin conceptele lor de autonomie funcțională și, respectiv, „canalizare", vor căuta latura „telică" a comportamentului uman.

Deceniul al șaselea a fost, dealtfel, arena unor vii dezbateri între C. ROGERS și SKINNER pe tema opoziției telic-nontelic în problema libertății și a controlului.

Anumite limite ale psihologiei conportamentale clasice au condus o serie de psihologi la redescoperirea rolului acordului intențional.

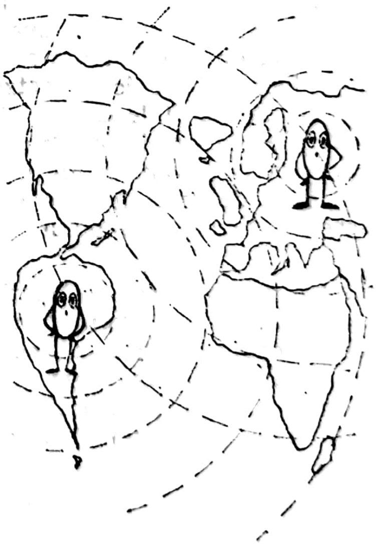
În cadrul psihologiei contemporane, s-a dezvoltat o tendință care nu este nici psihanalitică, nici comportamentalistă („the third force") ; pornind de la lucrările lui A. MASLOW, ROLLO MAYO, J. BUGENTAL, aceasta pune accentul, în explicația telică, pe probleme general umane (dragoste, spontaneitate, autonomie, transcendență etc.), declarîndu-se o psihologie „umanistică" și fixîndu-și drept scop studiul aspectelor celor mai favorabile ale experienței umane.

Se poate considera totuși că, făcînd o restrîngere pozitivă (evitînd laturile „neplăcute" ale comportamentului), psihologia teleologică caută noi modalități de explicare a cauzelor finale ale comportamentului uman.

127. **TELEONOMIC** (cf. gr. *teleos* ; *nomos* „lege") ● Atribut introdus ce G. ALLPORT (1937), pentru a defini sistemul său ipotetic privind structura personalității, imaginată ca un pattern care integrează specific tendințele individului, orientate spre atingerea anumitor scopuri. Forma substantivală — teleonomie — utilizată de C. S. PITTENDRIGH (1958), se referă la o finalitate vizînd scopuri imediate, admise în adaptarea biologică, care reprezintă, în opoziție cu finalismul teleologic, o modalitate de explicare științifică a determinismului obiectiv și complex al sistemelor organice. În această accepțiune, teleonomia substituie în biologie termenii de finalitate și teleologie, care au conotații idealiste.

128. **TELEOPSIE** (cf. *tele-* ; gr. *opsis* „vedere") sin.
→ POROPSIE.

129. **TELEPATIC(D) delir** (cf. *tele-* ; gr. *pathos* „încercare, experiență") ● Convingere delirantă a subiectului că ideile și sentimentele proprii pot fi descifrate prin telepatie, împotriva dorinței lui. Autorii clasici au subliniat apartenența acestui delir la grupul schizofreniilor



(KRAEPELIN, BLEULER, SCHNEIDER). Idei de acest tip apar însă şi la persoane sănătoase, cu un nivel de instrucţie redus sau cu un mod particular de înţelegere şi percepere a realităţii (gîndire magică). Cercetările efectuate de B. GREYSON, în 1977, nu au putut pune în evidenţă o diferenţă semnificativă în aria percepţiei extrasenzoriale la aceşti subiecţi. Delirul de acest tip se întîlneşte frecvent în schizofrenie (18% din cazuri, după J. MASA) ; mai poate apărea în toxicomaniile cu droguri halucinogene.

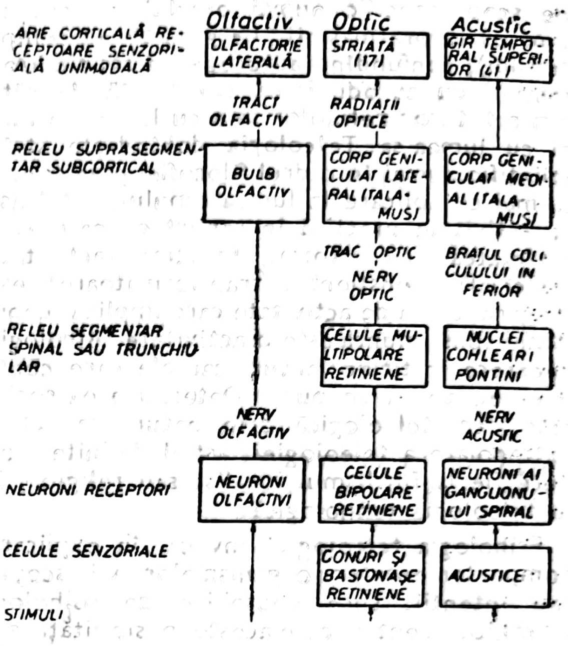
130. **TELEPATIE** ● Fenomen parapsihic, clasat de RICHET (1905) în grupa criptesteziilor, care ar semnifica o formă de comunicare extrasenzorială. Conţinutul comunicării este alcătuit din mesaje emoţionale, senzoriale şi imagistice. În mod obişnuit, aceste mesaje se transmit de la inductor la perceptor atunci cînd între aceştia există puternice legături afective şi cînd inductorul se află într-o stare de încordare maximă, în situaţii critice sau de mare tensiune.

Se presupune că transmisia şi recepţia se fac la nivelul inconştientului şi sînt conduse de legile acestuia. Astfel, Eul poate aplica mesajelor mecanismele sale de defensă (S. FREUD), printre care şi refularea, care face ca mesajele să nu fie conştientizate sau să fie deformat conştientizate. În acest sens, subiectul care percepe se poate autoeduca pentru a decodifica exact mesajele emoţionale. Se pare că fenomenul este răspîndit la scară animală şi uneori tratat la om ca reziduu atavic.

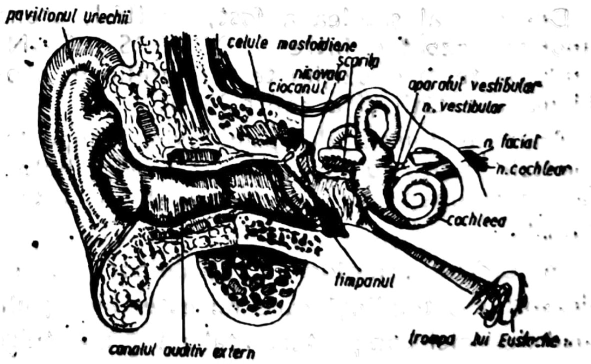
Telepatia este cercetată cu intense încercări de obiectivare, împreună cu alte fenomene ce intră în sfera parapsihologiei. Telepatia pare a se produce indiferent de distanţă sau obstacole materiale. Ipoteza undelor hertziene ca purtătoare ale mesajului telepatic a fost infirmată în favoarea teoriei aparţinînd lui V. IORDAN, care a avansat ideea că relaţiile telepatice se dezvoltă într-un cîmp de energie discretă, similar cîmpului gravitaţional.

Este necesară diferenţierea telepatiei, ca fenomen parapsihic, de sentimentul subiectiv al relaţiei telepatice care apare în unele deliruri cronice. Psihanaliştii sugerează că acestea ar fi de cele mai multe ori datorate mecanismului de proiecţie, ca defensă patogenă a Eului.

131. **TELERECEPTORI** (cf. *tele-* ; lat. *recipere* „a primi") ● Structuri receptoare asupra cărora acţionează stimuli produşi la distanţă. Analizatorii care conţin telereceptori sînt : vizuali, auditivi, olfactivi.


Olfactiv
Optic
Acustic
ARIE CORTICALĂ RECEPTOARE SENZORIALĂ UNIMODALĂ
OLFACTORIE LATERALĂ
STRIATĂ (17)
GIR TEMPORAL SUPERIOR (41)
TRACT OLFACTIV
RADIAŢII OPTICE
RELEU SUPRASEGMENTAR SUBCORTICAL
BULB OLFACTIV
CORP GENICULAT LATERAL (TALAMUS)
CORP GENICULAT MEDIAL (TALAMUS)
TRAC OPTIC
NERV OPTIC
BRAŢUL COLICULULUI INFERIOR
RELEU SEGMENTAR SPINAL SAU TRUNCHIULAR
CELULE MULTIPOLARE RETINIENE
NUCLEI COHLEARI PONTINI
NERV OLFACTIV
NERV ACUSTIC
NEURONI RECEPTORI
NEURONI OLFACTIVI
CELULE BIPOLARE RETINIENE
NEURONI AI GANGLIONULUI SPIRAL
CELULE SENZORIALE
CONURI ŞI BASTONAŞE RETINIENE
ACUSTICE
STIMULI

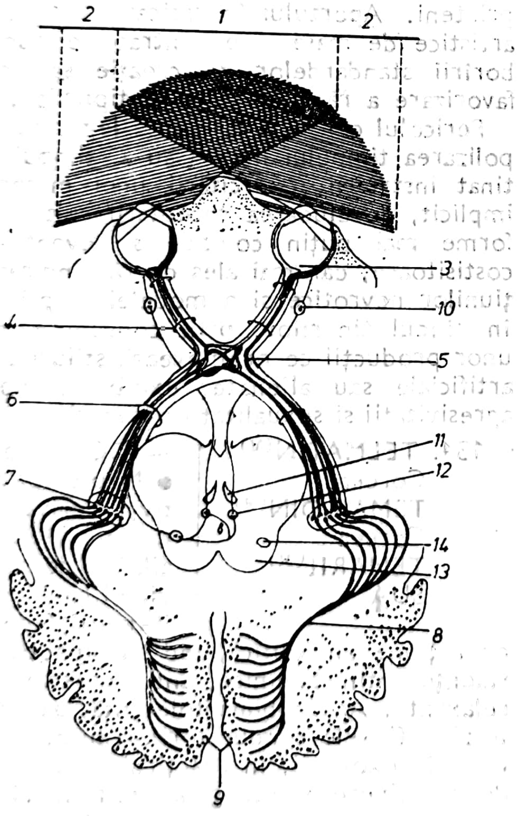
Organizaţi anatomic pe principiul oricărui analizator, telereceptorii sînt formaţi şi ei din trei segmente : periferic (receptor), intermediar (calea de conducere care poate fi specifică sau nespecifică) şi segmentul central sau proiecţia corticală (zona corticală în care informaţia este transformată în senzaţie subiectivă, conştientă). Segmentul periferic este inclus într-o structură complexă ce permite contactul direct cu mediul extern şi proprietăţile lui (ochi, ureche, nas). Organizarea anatomică implică posibilitatea unor leziuni localizate la oricare dintre cele trei segmente, leziuni organice însoţite de o simptomatologie specifică. În funcţie de modalităţile receptoare şi de circumstanţele etiologice foarte variabile, aceşti receptori pot deveni puncte de plecare pentru o simptomatologie psihică dominată de iluzii şi halucinaţii.


pavilionul urechii
celule mastoidiene
scarița
nicovala
ciocanul
aparatul vestibular
n. vestibular
n. facial
n. cochlear
cochleea
timpanul
trompa lui Eustache
canalul auditiv extern

URECHEA
(după Bekesy şi Rosenblith, din Field)

Astfel, halucinațiile olfactive sînt însoțite, de regulă, de halucinații gustative și cenestezice ; se caracterizează prin perceperea de mirosuri bizare, urîte și apar în stări confuzionale sau crepusculare (mai ales în crizele uncinate), mai rar în deliruri de persecuție, stări onirice, nevroze obsesivo-fobice sau isterice.

Halucinațiile vizuale — percepții false în cîmpul analizatorului vizual — nu au semnificație patologică la vîrsta copilăriei, avînd de regulă caracter terifiant. Sînt variabile din punct de vedere al intensității, complexității, continuității sau răsunetului afectiv. Ele pot apărea atît în condiții fiziologice, favorizate fiind de stările hipnagogice sau hipnapompice, de luminozitatea redusă, de stări de surmenaj — în aceste situații fiind de scurtă durată și recunoscute de subiecți ca lipsite de corespondent real. Pot fi produse de afecțiuni neurologice care interesează analizatorul vizual, avînd în acest caz caracter halucinozic, sau de stări infecțioase, confuzionale, toxice. În psihiatrie sînt caracteristice schizofreniei, delirului alcoolic acut, parafreniei.



CALEA OPTICA

1-Cîmp vizual binocular; 2-Cîmp vizual monocular; 3-Macula; 4-Nerv optic; 5-Chiasma optică; 6-Tract optic; 7-Corp geniculat lateral; 8-Radiații optice; 9-Cortex vizual; 10-Ganglion ciliar; 11-Nucleul nervului oculomotor; 12-Nucleu autonom; 13-Colicul superior; 14-Nucleu pretectal.

Halucinațiile auditive au frecvența cea mai ridicată la adult și sînt variabile ca intensitate, localizare, conținut și rezonanță afectivă. Pot fi întîlnite atît în patologia otică sau în afecțiuni neurologice, cît și în stări confuzionale (aura epileptică), psihoze schizofrenice, sindroame paranoide, stări depresive, parafrenie, psihoze alcoolice cronice.

Iluziile, percepții false cu obiect, apar de asemenea în sfera celor trei analizatori, dar apariția lor este legată mai mult de modificarea unor condiții fiziologice perceptive, obiective sau subiective (tulburările de atenție, stări afective, iluzii hipnagogice și hipnapompice, stări de suprasolicitare).

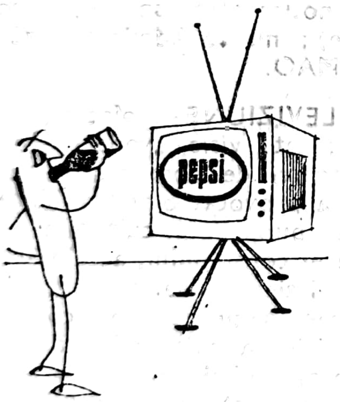
Iluziile patologice caracterizează tulburările funcționale sau leziunile structurale ale celor trei analizatori, sindroamele febrile, stările confuzionale de etiologie variabilă, stările onirice, nevrozele obsesivo-fobice sau isterice, stările afective.

132. **TELESOL$^{(M)}$** Spania — DCI *Oxitriptan* ● Antidepresiv timoleptic cu o structură chimică particulară, de tip (—)5-hidroxi-L-triptofan ; este un precursor al serotoninei, care se presupune că ar fi scăzută în depresii. Este indicat astfel în depresii endogene, involutive, mascate, fiind util și în combaterea efectelor secundare L-dopa. Are certe valențe sedativ-hipnotice (în special, insomnia de readormire) ; nu se administrează concomitent cu IMAO.

133. **TELEVIZIUNE — efecte** (fr. *télévision* : vezi *tele-* ; lat. *visio* „vedere, imagine") ● Mijloc modern de comunicare culturală de masă care a provocat o veritabilă revoluție în distribuția bunurilor culturale, în sensul lărgirii sferei consumului, accelerării și simplificării circulației de valori culturale, precum și al reducerii semnificative a consumului prin lectură. Eficiența culturală a acestei componente a mass-mediei depinde în cea mai mare măsură de cunoașterea și evaluarea corectă a pericolelor inerente și latente, pentru formarea și dezvoltarea culturală a omului contemporan și a multiplelor avantaje ale culturilor audiovizuale, atît de către realizatorii emisiunilor TV, cît și de către beneficiarii lor. Apologiile și rechizitoriile la adresa culturii prin televiziune au impulsionat activitatea de cercetare a fenomenului în majoritatea țărilor lumii, cercetare soldată cu studii interesante, la care au colaborat sociologi, pedagogi, economiști, esteticieni, psihiatri, publicate pe linie UNESCO sau în marile edituri din capitalele lumii.

Printre autorii de lucrări originale pot fi menționați sociologii americani : P. LAZARSFELD și R. K. MERTON, T. W. ADORNO, A. MOLES, C. A. SIEPMAN.

Efectele pozitive și negative ale televiziunii asupra receptorilor sînt greu de inventariat, dată fiind complexitatea fenomenului, eterogenitatea punctelor de vedere și influențele cumulative exercitate prin alte mijloace de informare (presă, radio, cinematograf) asupra acelorași beneficiari, stratificarea culturală a publicului, diversitatea de culturi și de modele culturale, accesibilitatea tuturor vîrstelor la această formă de comunicare de masă, politicile culturale în continuă schimbare, variabilitatea gusturilor și preferințelor, timpul de emisiune și de recepție. Un studiu mai complet privind efectele TV asupra vieții contemporane a fost publicat în urmă cu aproape un sfert de secol de către UNESCO. Acest studiu supune analizei o serie de aspecte legate de atracția exercitată de TV asupra copiilor și adolescenților, precum și de timpul alocat de către aceștia micului ecran. Studiul subliniază rolul educativ, formativ-informativ al anumitor emisiuni TV, dar și pericolul răspîndirii unor modele de reacție sau de stiluri de viață neadecvate, agresive, amorale, cu atît mai mult cu cît există opinia că filmele de violență permit identificări cathartice sau de descărcare a agresivității acumulate în situațiile frustrante.



Astfel, un studiu efectuat în SUA încă din 1972 oferea indicii certe asupra unei relații de tip cauză-efect între spectacolul violenței televizate și agresivitatea copiilor, implicînd astfel, încă o dată, problemele de politică socială în domeniul sănătății mintale.

Alte studii și cercetări efectuate demonstrează faptul că televiziunea are un rol deosebit de important în dezvoltarea unui comportament prosocial, non-violent, tendința de ameliorare și îmbunătățire a programelor destinate în special copiilor avînd o influență deosebită în formarea și dezvoltarea psihică a acestora.

Importanța în continuă creștere a televiziunii, amplificată de progresele tehnice în domeniul înregistrărilor video, se va repercuta cert asupra dezvoltării tinerei generații, ceea ce impune extinderea studiilor socio-psiho-medicale nu numai în sensul înlăturării influențelor negative ale programelor televizate, cît mai ales în sensul intensificării influențelor pozitive asupra tinerilor. Dar în același timp, emisiunile TV pot modela gustul artistic, pot oferi o mare varietate de „centre de interes“ prin eterogenitatea programelor culturale și pot crea un nou mod de a percepe cultura. Complementar însă, aceste avantaje pot fi substituite cu vicierea gustului artistic și reducerea atitudinii critice, cu stimularea automatismelor și semidoctismului. Accesibilitatea lărgită pentru toate mediile sociale creează pericolul înlocuirii culturii intensive cu o cultură extensivă care coboară standardele. Sub aparența întăririi legăturii omului cu lumea, slăbește de fapt coeziunea de grup dintre membrii aceleiași familii sau dintre aceștia și prieteni. Aportului în ridicarea standardelor artistice de masă i se contrapune riscul coborîrii standardelor de creație sau cel de favorizare a răspîndirii stereotipurilor.

Pericolul cel mai mare este legat de monopolizarea timpului liber (sau a timpului destinat instruirii, exercitării unei meserii) și, implicit, de eludarea receptării culturale sub forme mai puțin comode și eventual mai costisitoare, dar mai ales de răspîndirea afecțiunilor nevrotice și a modelelor psihopatice în rîndul tinerilor, prin consum excesiv al unor producții ce promovează stiluri de viață artificiale sau alienate, exhibarea violenței, agresivității și sexualității pervertite.

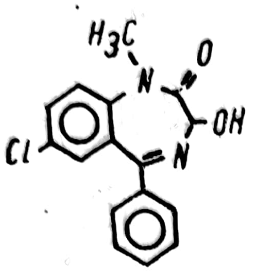
134. **TELMATIN** $^{(M)}$
Coreea
TEMARIDIN $^{(M)}$
Coreea
TEMARIL $^{(M)}$
SUA

— DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și cu valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, dar influențează reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, în reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, fiind util și în medicina psihosomatică : astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii.

135. **TELPIA** $^{(M)}$,
TEMARON $^{(M)}$
Coreea

● Tranchilizante, derivate benzodiazepinice → TEMAZEPAM $^{(DCI)}$.

136. **TEMAZEPAM**(DCI) ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzo diazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică și miorelaxantă. Este indicat în nevroze anxioase și cenestopate, tulburări de dinamică sexuală, psihosomatică. Are efecte secundare moderate ; este contraindicat în intoxicațiile acute (alcool, barbiturice), în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici. Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :



CEREPAX(M) Argentina
EUHYPNOS(M) Franța
EUHYPNOS FORTE(M) Anglia
EUHYPNOS MITIA(M) Belgia
LENAL(M) Argentina
LEVANXENE(M) Argentina
LEVANXOL(M) Italia
LILIZEPAM(M) Coreea
MAEVA(M) Italia
NORMISON(M) Anglia
NUNAZEPAM(M) Coreea
PLANUM(M) Germania
PLANUM MITE(M) Elveția
REMESTAN(M) Germania
REMESTAN MITE(M) Germania
REPOSIUM(M) Grecia
RESTORIL(M) SUA
SIGNOPAM(M) Polonia
SNAPAM(M) Coreea
TASONAL(M) Mexic
TELPIA(M) Coreea
TEMARIUM(M) Coreea
TEMARON(M) Coreea
TEMAZEPAX(M) Brazilia
TERIVAN(M) Coreea
TONIREM(M) Grecia

137. **TEMAZEPAX**(M) Brazilia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → TEMAZEPAM(DCI).

138. **TEMBELISM** (cf.tc. *tembel*+suf. *ism*) ● Conduită caracterizată prin indolență, nepăsare, delăsare, indiferență. Pornindu-se de la aceste atribute, termenul a fost și mai este utilizat în mod abuziv pentru a defini iresponsabilitatea, absurditatea sau lipsa de motivație a actelor săvîrșite de persoane slab înzestrate intelectual, liminare, subculturale sau de către bolnavii psihic.

139. **TÊMENTIL**(M) Franța — DCI *Proclorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL(M).

140. **TEMERE** ● Atitudine determinată de sentimentul (senzația) de frică, teamă. Justiția, familia, societatea, prin mecanismele lor de intimidare, învață indivizii să respecte anumite legi, norme, pentru a evita sancțiunile pe care nerespectarea lor le-ar atrage. Indivizii adoptă o atitudine temătoare în fața acestor mecanisme de intimidare. Pe această intimidare a maselor se bazează acțiunile de reprimare în diverse societăți.

141. **TEMERITATE** (cf. lat. *temeritas* „nechibzuință") ● Exces de îndrăzneală sau de cutezanță manifestat de individ într-o anumită direcție, fără o evaluare riguroasă a riscurilor sau a consecințelor posibile ; reprezintă un gen de cutezanță „nesocotită" sau de curaj „nesăbuit".

Există împrejurări de viață sau acțiuni în care este posibilă considerarea tuturor pericolelor. Din acest punct de vedere, actele temerare ale alpinistului sau ale navigatorului solitar se deosebesc de cele ale adolescenților, ale dizarmonicilor de tip instabil, impulsiv sau ale psihoticilor în puseu acut, atît prin motivație, grad de responsabilitate și decizie, cît și prin modul de raționalizare a riscurilor asumate.

Pentru adolescent, lansarea în acte primejdioase reprezintă o modalitate de testare a curajului și de afirmare a Sinelui, temeritatea actelor lui fiind rezultatul imaturității afective, al vîrstei, al elanului tineresc ; în cazul personalităților dizarmonice, psihopatoide și a psihoticilor (discordanți, afectivi), îndrăzneala prea mare denotă o tulburare de comportament cu valoare semiologică, circumscrisă respectivelor afecțiuni.

142. **TEMESTA**(M) Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Olanda — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1, 3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă ; nu se administrează în sarcină.

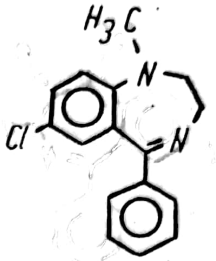
143. **TEMPERAMENT** (cf. lat. *temperamentum* „justă proporție") ● Componentă dinamico-energetică a personalității, constînd într-un ansamblu de însușiri constituționale, fiziologice și ereditare, expresie a unei reactivități particulare a sistemului nervos (sistemul nervos central și, în special, complexul diencefalo-hipofizar) și a factorilor neuroendocrini. Temperamentul este bazal, nespecific, neutru față de valorile sociale și morale ; temperamentul în sine (desprins din structura personalității) se valorifică numai în situații care cer, în mod nemijlocit, manifestări de forță fizică, de rezistență nervoasă. Același temperament poate exista la tipuri de personalitate diferite și în condiții diferite de evoluție a acesteia (de exemplu, sanguinic poate fi și un om obișnuit, dar și un răufăcător sau un bolnav psihic).

Temperamentul nu determină capacitățile productive, creative sau reproductive ale individului uman, dar le colorează (nuanțează) specific. În ontologie, temperamentul nu se schimbă fundamental și nu implică modificări în sens de optimizări ale trăsăturilor native, prin investirea lor pe direcții sociale valorizante, în activități în cadrul cărora individul se formează, își dezvoltă și își îmbogățește fondul nativ.

În funcție de concepțiile din perspectiva cărora a fost abordată și definită această entitate, au fost elaborate diferite tipologii fundamentale ale temperamentului → TIPOLOGIE.

Temperamentul rămîne un ansamblu de proprietăți funcționale generale pentru o categorie de indivizi umani și, în această măsură, caracteristicile lui sînt nespecifice ; ele nu determină esențial o performanță sau alta, ci reprezintă, în expresia comportamentală, particularități nervoase constitutive, nivel energetic și modalitate dinamică a energiei native ; ele favorizează (susțin) formarea unor trăsături caracteriale și dezvoltarea particulară a unor aptitudini (melancolicul, fiind înclinat spre depresie, favorizează o atitudine pesimistă față de viață, dar nu este neapărat necesar ca persoana respectivă să se caracterizeze în primul rînd prin această atitudine ; dintr-un coleric nu va ieși niciodată un flegmatic, dar primaritatea colericului și inerția flegmaticului pot fi ameliorate, optimizate într-o activitate). Temperamentul constituie o categorie psihologică și nu una fiziologică, pentru că el conține tendințe predispozante (deci trebuințe orientate spre), reprezintă un nivel de manifestări psihice, comportamentale care au la bază un registru de trebuințe nu numai primare, ci și secundare, psihogene.

144. **TEMPLANE** $R^{(M)}$ Argentina — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativhipnotică și ușor anxiolitică și o singură contraindicație — miastenia.



145. **TEMPO** (cf. it., fr. *tempo*, din lat. *tempus*) ● Varietăți ale ritmului în care se desfășoară o anumită activitate ; ritmul poate fi, ca și în muzică, lento sau largo și accelerando (GUIRAUD).

În scăderea tempoului, mișcările se desfășoară lent, cu intervale tot mai crescute între diferitele elemente care alcătuiesc o activitate complexă. Articularea verbală este trenantă, iar filmul desfășurării oricărei mișcări pare „încetinit".

Invers, în accelerarea tempoului, totul se desfășoară mai repede. Vorbirea este un element definitoriu al acestui tempo : tahifemia, creșterea intensității articulării cuvintelor. Circumstanțelor de tempo încetinit le corespund epilepsia, parkinsonul, catatonia, oligofrenia, iar celui accelerat — stările maniacale, anumite intoxicații.

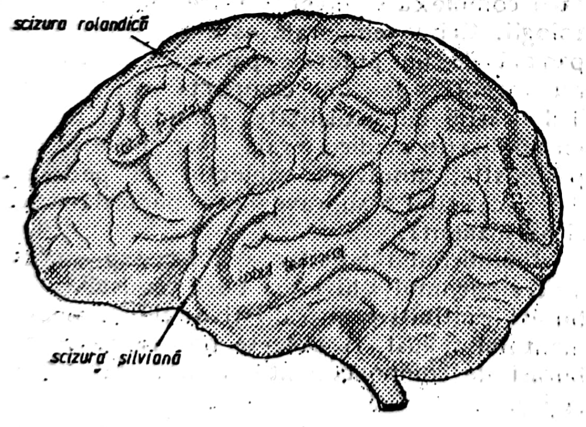
146. **TEMPO INDIVIDUAL** (cf. it., fr. *tempo*) ● Ritmul sau alura spontană a actelor motorii, intelectuale ale unui individ : mers, vorbit, scris, curba de lucru, timpul de reacție.

Utilizat uneori ca sinonim cu noțiunea de ritm, termenul este implicit raportat la ritmul de lucru, ritmul vital, ritmul nictemeral. Nu intră însă în sfera semnificațiilor lui caracteristicile activității individuale care sînt impuse din afară (de mediu, de necesitate, de norme de grup etc.). Tempoul individual caracterizează particularități ale activității nervoase superioare și nu trebuie confundat cu diferențe induse secundar de tulburări psihice sau de modificări circumstanțiale.

147. **TEMPORAL** — **lob** (cf. lat. *tempus* „tîmplă") ● Una dintre cele patru mari diviziuni ale emisferelor cerebrale, care ocupă fosa medie craniană, începînd să se formeze în a treia lună de viață fetală. Formațiune re-

cent apărută filogenetic, lobul temporal este acoperit lateral de stînca osului temporal şi, într-o mai mică măsură, de osul parietal.

Macroscopic, prezintă o concavitate considerabilă şi circumvoluţiile cele mai regulat organizate în raport cu alţi lobi ai emisferelor cerebrale. Separat de lobul frontal prin scizura lui Sylvius, lobul temporal prezintă delimitări mai puţin nete faţă de lobul parietal şi de cel occipital. Prezintă, de asemenea, raporturi cu porţiunea cea mai fragilă a cutiei craniene — reprezentată de zona situată deasupra articulaţiei temporo-mandibulare şi a arcadei zigomatice —, foarte expusă traumatismelor craniene, dar prezentînd avantajul accesului facil al tehnicilor neinvazive de explorare vasculară pentru arterele cerebrale. Lobul temporal este în relaţie cu osul sfenoid, cavitatea glenoidă a osului temporal, urechea medie şi internă, sinusul cavernos, cerebel, lobul insulei şi hipocampul ; zona internă a celor doi lobi temporali se află în raporturi cu ventriculul lateral. Prezintă o faţă internă convexă şi o suprafaţă infero-internă, avînd în secţiune transversală forma de triunghi. Pe suprafaţa laterală a lobului temporal se pot observa trei circumvoluţiuni : superioară, medie şi inferioară, ultima fiind variabilă, cu şanţuri neregulate şi contururi puţin delimitate. Prima circumvoluţiune temporală prezintă circumvoluţiile temporale transversale, la nivelul cărora HESCHL descrie, în 1855, centrul percepţiei acustice. Această zonă este responsabilă de integrarea stimulilor auditivi (înălţimea şi intensitatea sunetelor) ; legăturile bilaterale ale organului Corti fac însă ca leziuni unilaterale ale acestei zone să nu determine o simptomatologie deficitară marcată.



ENCEFALUL (vedere laterală)
(după TOLDT şi HOCHSTETTER)

În zona posterioară a primei circumvoluţiuni temporale a emisferei dominante se află centrul receptor al limbajului vorbit (WERNICKE). Distrugerea acestei zone atrage imposibilitatea înţelegerii limbajului vorbit, în ciuda percepţiei senzoriale intacte (afazia senzorială). Stimularea electrică a acestei zone poate determina răspunsuri variabile de tipul iluziilor sau al halucinaţiilor auditive.

Din punct de vedere microscopic, citoarhitectonica lobului temporal prezintă elemente caracteristice neocortexului, şi anume izocortexul, cu şase straturi celulare. Astfel, în zonele asociative temporale, este caracteristic cortexul homotipic agranular, în timp ce în zona de proiecţie a analizatorului auditiv, este prezent cortexul heterotipic granular. Sînt, de asemenea, cunoscute — în cele mai mici amănunte — elementele de angioarhitectură (vascularizaţie), structura fibrelor nervoase (mieloarhitectura), organizarea celulelor gliale (glioarhitectonica), precum şi elementele de histochimie particulare acestei zone.

Suprafaţa infero-internă a lobului temporal formează o porţiune importantă a bazei emisferelor cerebrale. A cincea circumvoluţie temporală (a hipocampului) se continuă cu circumvoluţia corpului calos (cingulum), ambele fiind, de fapt, structuri aparţinînd sistemului limbic („marele lob limbic“, descris de P. BROCA, în 1878), un inel de ţesut nervos ce înconjoară trunchiul cerebral.

Formaţiune arhaică analogă rinencefalului, sistemul limbic este reprezentat de un ansamblu de structuri diferite morfologic şi funcţional : corpul calos, a cincea circumvoluţie temporală, hipocampul (cornul lui Ammon), girul dinţat, girul paraterminal, aria olfactivă, septum lucidum, nucleul amigdalian, corpul mamilar, păturile optice de la baza talamusului etc. Sistemul limbic este, de fapt, creierul emoţional şi visceral, al cărui rol poate fi rezumat astfel : menţinerea vieţii şi perpetuarea speciei. Tot aici se află centrii care ne controlează comportamentul, timia şi manifestările ei, activităţile conştiente cu o bază motivaţională, memoria de scurtă durată etc. Sistemul limbic se comportă ca substrat organizator, coordonator şi adaptativ în contextul afectelor, pulsiunilor sau actelor mnezice, avînd, aparent, capacitatea de a „cîntări“ informaţiile, capacitatea de decizie şi de „dozare“ a deciziei.

Spinele iritative ale lobului temporal au drept consecinţă crizele de epilepsie temporală (halucinaţii, iluzii, tulburări mnezice anterograde, frecvent însoţite de tulburări vegetative). Lobectomia temporală bilaterală este însoţită de pierderea agresivităţii, indiferenţă, apatie. Alte procese patologice ale lobului temporal pot antrena stări distimice (depresive, maniacale) sau de iritabilitate.

Implicat azi în patogenia tulburărilor de comportament şi a afecţiunilor psihosomatice, lobul temporal este încă un vast cîmp de cercetare, care mai poate oferi surprize determinate de complexitatea funcţiilor sale.

148. TEMPORAL$^{(S)}$ sindrom ● Tulburări determinate de leziuni la nivelul lobului temporal. Lobul temporal, separat de lobul parietal prin scizura Sylvius şi continuîndu-se posterior cu lobul occipital, prezintă o mare eterogenitate, atît în ceea ce priveşte evoluţia sa onto- şi filogenetică, cît şi citoarhitectonica. Schematic, pot fi descrise următoarele zone :

- zona auditivo-senzorială, care se întinde de-a lungul primei circumvoluţiuni temporale, cîmpurile 41, 42 — girusul transvers Heschl ;
- zona auditivo-psihică care înconjoară aria anterior descrisă, corespunzînd cîmpului 22 ;
- zona olfactivă şi gustativă, cîmpurile 23 şi respectiv 34, de la nivelul uncusului hipocampic ;
- zona temporală comună, cîmpul 21, la care vin fibrele labirintice.

Regiunea subiacentă scizurii sylviene, corespunzînd circumvoluţiunilor T_1, T_2, T_3, T_4, realizează în principal perceperea şi integrarea mesajelor auditive, fiind o achiziţie specifică evoluţiei filogenetice a omului. T_5, lobul lingual, reprezintă cea mai mare parte a rinencefalului, cuprinzînd aria olfactivă primară, complexul amigdalian, ale cărui aferenţe spre hipotalamus contribuie la integrarea funcţiilor vegetative şi comportamentale. Cortexul limbic trimite de asemenea aferenţe către hipocamp, cu rol în reglarea şi condiţionarea actelor comportamentale. Cortexul limbic este o parte integrantă a circuitului lui Papez, cu rol esenţial în funcţionalitatea mnezică. Rinencefalul limbic are un rol esenţial în integrarea aferenţelor emoţionale şi în reglarea comportamentelor determinate de emoţii, precum şi în reglarea alternanţei somn/veghe. Aceste multiple funcţii îndeplinite la nivelul lobului temporal fac ca leziunile survenite la acest nivel, fie ele uni- sau bilaterale, să determine o bogată simptomatologie clinică.

Etiologia acestor leziuni este diversă, incluzînd : factori traumatici, care pot interveni, prin situarea extrem de expusă a zonei, atît în perioada neonatală, cît şi în timpul intervenţiilor neurochirurgicale (epilepsia temporală este frecvent cauzată de traumatism) ; factori vasculari care, prin afectarea arterei sylviene, a cerebralei posterioare şi a coroidienei anterioare, pot determina simptomatologie confuzo-onirică, dismnezii, mentism ; factori tumorali ; factori degenerativi, esenţiali în determinarea simptomatologiei de tip alzheimerian şi Pick ; factori infecţioşi — cel mai frecvent encefalita hepatică ce afectează regiunile mediane şi limbice, determinînd apariţia sindromului Klüver şi Bucy ; cînd la acest sindrom se adaugă tulburări mnezice, se realizează tabloul clinic al encefalitei amnezice a lui Barbizet.

Sindroamele clinice şi simptomatologiile specifice afecţiunilor lobului temporal sînt foarte variate :

Epilepsia temporală, caracterizată de JACKSON prin starea de „dreamy state" (pierderea oricărui contact cu lumea exterioară şi apariţia unor trăiri agreabile sau dezagreabile într-o stare „ca de vis") cuprinde, după JASPERS, trei tipuri fundamentale :

- tipul uncinat, în care apariţia crizei este precedată de o aură somatică sau viscerală, în timpul crizei apărînd o intensă trăire afectivă, de obicei dezagreabilă, pe un fond de confuzie mintală cu importante efecte motorii tonice şi amnezie totală postcritică ;
- tipul neocortical, în care sînt caracteristice halucinaţiile auditive, vizuale, echivalenţe vestibulare sau afazice ;
- tipul psihomotor, cu crize masticatorii, tulburări de deglutiţie şi salivaţie, mai rar impulsiuni sexuale.

Această descriere este mai puţin acceptată astăzi de către psihiatri (neurologii o păstrează încă), realitatea clinică demonstrînd o intricare complexă şi diversă a acestei simptomatologii. Criza temporală este frecvent acompaniată de un puternic paroxism anxios şi, nu rareori, de un comportament agresiv. Tulburările de sexualitate, conducînd la acte cu implicaţie medico-legală, apar şi ele în mod paroxistic, absolvind subiectul de pedeapsă, dar necesitînd o supraveghere medicală strictă şi permanentă.

— Sindromul deficitar, avînd ca expresie clasică sindromul Klüver şi Bucy, constă în tulburări cantitative şi calitative ale comportamentului sexual, la care se pot asocia şi tulburări ale comportamentului alimentar (hiperfagie).

Alte tulburări psihice, greu de sistematizat din cauza diversităţii, includ : bufee delirante, delir cronic, episoade depresive (în atingerile lobului temporal al emisferei minore) sau maniacale, stări demenţiale, care nu prezintă însă particularităţi deosebite.

— Simptomatologia senzorială : halucinațiile gustative și olfactive sînt frecvent descrise în sindromul lobului temporal. Pe lîngă ele sînt descrise hipo-, para- și anosmii (cele din urmă foarte rar). După MARBURG și HENSCHEN, această patologie s-ar datora leziunii hipocampului ; KNAPP consideră că leziunile ar fi încrucișate, iar KUPFER — bilaterale, cu predominanță unilaterală. Halucinațiile auditive, din timpul crizei epileptice temporale, sînt cel mai frecvent simple, mai rar elaborate. În leziunile temporale s-au descris și amuzie, agnozia sunetelor non-verbale și agnozia verbală apărută în atingerile unilaterale stîngi (chestiune încă discutată). Leziunile bilaterale ale zonelor temporale transverse pot produce surditate bilaterală.

— Simptomatologia vestibulară : nistagmusul spontan (rar — KNOLL afirmă că atunci cînd apare un nistagmus optokinetic acesta ar fi abolit către partea tumorii) ; vertijul descris de BARRÉ, declanșat de anumite poziții ale capului ; modificarea echilibrului în ortostatism, cu o înclinare laterală a corpului, dar fără o înclinare a capului ; proba brațelor întinse arată o deviere către partea sănătoasă.

— Simptomatologia vegetativă : modificarea frecvenței ritmului cardiac și respirator, tulburări de salivație, senzație de foame și sete, bufee vasomotorii.

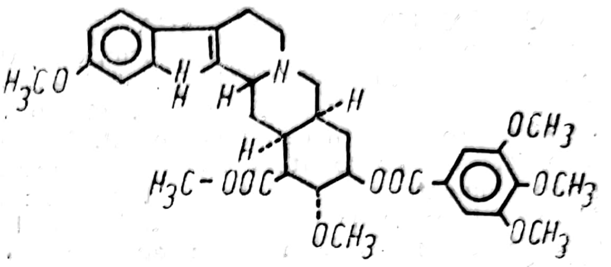
— Simptomatologia mnezică : crizele temporale se pot manifesta printr-o invazie a unor amintiri, creînd sentimentul de déjà-vu, déjà-connu, iar leziunile zonei temporale pot determina afectarea funcției de evocare. P. MARIE și FOIX notează apariția acestui element amnestic în cadrul afaziei Wernicke (uitarea noțiunilor didactice, acalculie, agramatism, amuzie, asimbolie cu apraxie ideatorie, tulburări de orientare).

— Simptomatologia afazică : afazia propriu-zisă apare prin afectarea zonelor T_1 și T_2, plica curbă și girusul marginal (→ AFAZIE).

Este afectat limbajul scris și vorbit, cu conservarea unui limbaj spontan automat.

— Simptomatologia legată de tulburarea stării de conștiență : în cursul crizelor epileptice se descriu pseudoabsențele temporale ; în unele leziuni ale lobului temporal poate apărea mentismul akinetic, în care contactul cu lumea exterioară este complet întrerupt, subiectul nereacționînd la nici un stimul exterior.

149. **TEMPOSERPINE**$^{(M)}$ Franța — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.



150. **TEMSERIN**$^{(M)}$ Germania — DCI *Timolol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butilamino-3-/(4-morfolino-1, 2, 5-tiadiazol-3-il)oxil/-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, alcoolism, adjuvant în tratamentul sevrajelor. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO (→ BETABLOCANTE.

151. **TENACITATE** (cf. lat. *tenacitas*) ● Calitate a voinței constînd în capacitatea de a depăși obstacolele care pot interveni în efectuarea unei acțiuni sau în atingerea unui scop, prin convergența strategică a eforturilor și rezistența la solicitări crescute sau de lungă durată. De cele mai multe ori, tenacitatea este solidară cu perseverența, stăruința, dîrzenia. În mod experimental, FESSARD și LAUGIER (1933) au relevat un „indice de tenacitate" determinat prin timpul limită (45 secunde) în care poate fi menținut la dinamograf un efort static egal cu 2/3 din valoarea maximă a eforturilor atinse de subiectul testat.

Tenacitatea este o însușire volitivă la baza căreia se află o motivație puternică. O persoană nemotivată sau insuficient motivată nu se va manifesta ca persoană tenace. Tenacitatea este susținută și de o motivație inconștientă, chiar în cazul în care subiectul are un scop conștient bine delimitat. Formarea tenacității ca atitudine sau trăsătură de caracter implică și unele aspecte de psihologie profundă (socializarea agresivității în satisfacerea ei printr-un anume obiect, eventual un obiect-substitut, fixațiile la stadiul sadic-anal, revendicarea masculinității) ; această trăsătură apare la personalitățile structurate obsesional. La nevrotici (neurastenici, isterici, depresivi), tenacitatea se poate manifesta în secvențe foarte scurte, acești indivizi avînd o toleranță scăzută la efort. Ea apare intens, ca trăsătură deformată și ca simptom sever, la psihopații paranoici și în delirul sistematizat. Nu se pune problema tenacității la alte psihoze cronice (și chiar în debuturi psihotice), la care procesul morbid afectează grav structura personalității.

152. **TENALIN$^{(M)}$** Anglia, SUA — DCI *Pargilină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat propargilic de tip N-metil-N-2-propinilbenzilamină, indicat în depresiile inhibate ; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice. Necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

153. **TENAMIN$^{(M)}$** SUA — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterificat, reserpină cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

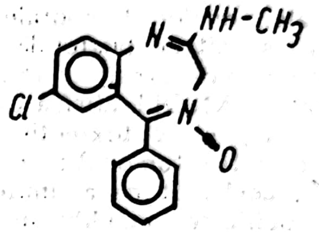
154. **TENCILAN$^{(M)}$** Argentina — DCI *Dipotassium clorazepate* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic — miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele sedativ-hipnotice modeste îi conferă o largă utilizare.

155. **TENDINȚĂ** (cf. fr. *tendance* ; vezi și engl. *tendency*, germ. *Strebung*) ● Termen care în psihologie cunoaște mai multe accepțiuni. T. RIBOT definea tendința ca „mișcare" sau stopare a unei mișcări „in nascendi", pentru care termeni ca trebuință, gust, înclinație, instinct, dorință nu reprezintă altceva decît echivalențe sau variante ale tendinței.

După P. JANET, tendința psihică reprezintă „dispoziția organismului" de a răspunde la excitații prin anumite reacții. Pentru alți autori, tendința este un „impuls orientat", o pulsiune (impulsiune) care vectorializează, în formă apetitivă sau aversivă, comportamentul afectiv sau o forță naturală și latentă de acțiune, care se actualizează circumstanțial și direcționat. În orice ipostază, de tendință reflex-necondiționată sau de tendință cognitivă, socială etc. ea reunește, într-o structură dinamică și relativ stabilă, aspecte de ordin psihologic și fiziologic din dimensiunea vectorială și cea instrumentală. În mod particular, se vorbește de „tendință centrală" sau de valoare tipică (→ TENSIUNE).

156. **TENDINȚĂ CATAGOGICĂ** (cf. fr. *tendence* ; gr. *kata* „în jos" ; *agoge* „conducere") ● Impuls psihic cu caracter restrictiv care ar împiedica un individ să-și realizeze scopurile pe care și le propune (CAMPBELL, 1981). Termenul este în opoziție cu tendința anagogică (STEKEL) care ar fi constructivă. Predominanța uneia sau alteia din cele două tendințe ar asigura individului posibilitatea de a veni în acord cu propriile idealuri și trebuințe.

157. **TENEX$^{(M)}$** SUA — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.



158. **TENIFOBIE$^{(F)}$** (cf. lat. *taenia* ; gr. *phobia* „frică") ● Frică patologică și nejustificată de parazitoza cu tenie (taenia fascicolata), care poate apărea la subiecți cu trăsături psihastenice, dar și în cadrul unor deliruri cu caracter hipocondriac. Face parte din grupa parazitofobiilor.

159. **TENOBLOCK$^{(M)}$** Finlanda — DCI *Atenolol* ● Betablocant de tip 2-/p-/2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxi/fenil/acetamidă, indicat în anxietate cu și fără componentă somatică, tulburări funcționale ale sistemului cardiocirculator, adjuvant în tratamentul sevrajelor, combaterea tremorului senil. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

160. **TENOMAL$^{(M)}$** Grecia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

161. **TENORMIN$^{(M)}$** Austria, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, Germania, Spania, SUA, Suedia — DCI *Atenolol* ● Betablocant $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TENOBLOCK$^{(M)}$ Finlanda.

162. **TENSANYL**$^{(M)}$ Anglia ; **TENSERP**$^{(M)}$ Australia ; **TENSERPINE**$^{(M)}$ Israel — DCI *Reserpină* ● Neuroleptice sedative, derivați alcaloizi de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune tedativă centrală, ușor anxiolitică și net hiposensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

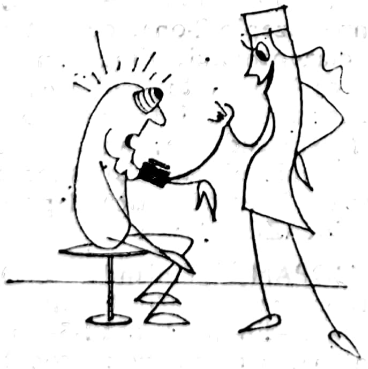
163. **TENSIFLEX**$^{(M)}$ Argentina ● Psihotrop betablocant $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PROPRANOLOL$^{(M)}$ România.

164. **TENSIL**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant benzodiazepinic — sin. TENEX$^{(M)}$ SUA $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON$^{(M)}$ România.

165. **TENSILAN**$^{(M)}$ Olanda — DCI *Perazină* ● Neuroleptic, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip N-metilpiperazinil-N'-propilfenotiazină; în doze mari are acțiune antipsihotică, în doze mici — acțiune tranchilizantă. În ansamblu are acțiune tranchilizantă, anxiolitic-sedativă.

166. **TENSIN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TENSANYL$^{(M)}$ Anglia.

167. **TENSIUNE ARTERIALĂ** (cf. lat. *tensio* „întindere") ● Constantă fiziologică ce măsoară presiunea sanguină din artere, cunoscînd o valoare maximă — corespunzătoare sistolei cardiace—, și una minimă — corespunzătoare diastolei. Reflectă starea de tensiune sub care se găsește sistemul arterial, rezultantă a forței cu care este propulsat sîngele de către inimă, elasticitatea pereților arteriali și ai vaselor, în funcție de calibrul vaselor mici și de vîscozitatea sîngelui. Valorile normale sînt cuprinse la omul adult între 120—130 mm Hg la bărbat, 105—110 mm Hg la femei (presiunea sistolică, maximă) și 70 —80 mm Hg (presiune diastolică, minimă).



Măsurarea tensiunii arteriale, foarte solicitată în asistența ambulatorie, deși se încadrează în examenul de rutină al bolnavilor, poate lua forma unui „abuz" din partea subiecților cu tendințe anxioase, hipocondriace. Aceștia interpretează adeseori în mod eronat oscilațiile fiziologice ale maximei și minimei, drept hiper- sau hipotensiune, pretext pentru declanșarea unor crize de anxietate, ce se asociază, de obicei, altor manifestări cu mecanism conversiv.

Nu trebuie omis că emoția, neliniștea ce însoțesc examinarea medicală contribuie, in cazul unor personalități labile emoțional, instabile, la creșterea ușoară a TA, fără ca in acest caz să se poată vorbi despre hipertensiune. Din acest motiv, subiectul va fi intîi securizat, se va aștepta o perioadă de timp, după care se va repeta măsurarea. Tot în condiții fiziologice, TA diferă în funcție de sex, vîrstă, greutate și suprafață corporală și intensitatea efortului depus. Somnul, ca și digestia, coboară maxima cu 20 mm Hg. În schimb, durerea, frigul, unii stimuli viscerali (de exemplu, distensia vezicii urinare) cresc TA. Există constituții predispuse la hipotensiune (longilinii, astenicii), dar hipotensiunea ortostatică poate reprezenta și una dintre frecventele reacții adverse apărute in timpul terapiei cu neuroleptice (în special sedative) și timoleptice.

Modificările patologice ale TA sînt reprezentate îndeosebi de boala hipertonică (→ HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ), în care tulburările psihice îmbracă forme variate, de la „simple" tulburări nevrotice (instabilitate, labilitate afectivă, anxietate, stări depresive), pînă la așa-numita encefalopatie hipertensivă, cuprinzînd stări confuzionale, cu sau fără crize convulsive generalizate. Specialiștii în medicină psihosomatică, implicînd rolul factorilor de stres în geneza hipertensiunii arteriale, au descris chiar o „personalitate hipertensivă", cu tendințe de somatizare a unor conflicte neexprimate. Studii recente asupra acțiunii unor medicamente hipotensoare (clonidina, reserpina, alfa-metildopa) au indicat frecvența apariției depresiei secundare la pacienții hipertensivi, aducînd astfel date prețioase în elucidarea mecanismelor neurobiochimice implicate în producerea ei. Stările hipotensive paroxistice pot genera, prin fenomenul de insuficiență circulatorie cerebrală acută pe care-l antrenează, modificări ale stării de conștiență, de diferite intensități.

168. **TENSIUNE PSIHICĂ** ● Termen adoptat din fizică şi care în psihologie descrie trăirea unei stări de încordare fizică sau psihică, ca stare de pregătire a acţiunii sau ca efect al unui conflict inconştient. Tensiunea psihică se caracterizează prin :

- semne pozitive : tensiune musculară, atenţie concentrată, stare de alertă, orientarea sau concentrarea preocupărilor şi interesului, grad de activare ;
- semne negative : inhibiţie, absenţa sau refuzul comunicării, reducerea activităţii mintale.

După P. JANET, tensiunea psihică reprezintă „o forţă psihică prezentînd o dinamică ascendentă, descendentă sau de echilibrare şi dezvoltîndu-se superior în cazul acţiunilor sintetice comparativ cu cele automatizate. Tensiunile psihice superioare îşi împrumută forţe de la cele inferioare printr-un mecanism de drenaj sau de derivare".

Din punct de vedere etiologic, tensiunile psihice pot fi clasificate (FREUD) în :

- tensiuni provocate de nevoile fiziologice ;
- tensiuni provocate de pericole exterioare ;
- tensiuni provocate de frustrare ;
- tensiuni provocate de conflicte intrapsihice care pun în joc mecanisme de apărare.

Din punct de vedere al domeniului de analiză, noţiunea este utilizată :

- în psihologia generală tensiunea psihică reprezintă starea de pregătire a unei acţiuni îndreptate spre un scop (spre îndeplinirea unei nevoi), care, odată atins, determină diminuarea tensiunii. Starea de după îndeplinirea acţiunii specifice (de după atingerea scopului) este o stare opusă tensiunii — relaxarea ;
- în psihologia socială tensiunea exprimă un conflict latent şi este starea premergătoare unui conflict în microgrup, grup, colectivităţi sau naţiuni ;
- în psihiatrie, tensiunea nervoasă sau emoţională este carasteristică, cu diverse coloraturi (depresive, anxioase etc.), tuturor afecţiunilor psihice, reprezentînd cel mai adesea expresia unui conflict inconştient. În acest domeniu îşi găseşte aplicare teoria cîmpului aparţinînd lui K. LEWIN : „tensiunea emoţională este starea afectivă a unui subiect supus influenţei a două forţe opuse. Intensitatea tensiunii emoţionale va fi determinată de puterea forţelor puse în conflict. În consecinţă, eliberarea de tensiune este o cerinţă a echilibrului psihic".

Luînd în considerare efectul patologic al tensiunii acumulate, D. KATZ şi D. LEWIS recomandă :

- deprinderea acceptării a ceea ce nu poate fi schimbat, deci creşterea toleranţei la frustrare ;
- găsirea căilor de eliberare a tensiunii emoţionale ;
- tehnici de relaxare ;
- catharsis.

169. **TENSIUNEA ARTEREI CENTRALE RETINIENE** ● Constantă fiziologică, reprezentînd rezistenţa peretelui arterial de la nivelul vaselor centrale retiniene şi reflectînd, în mod indirect, starea circulaţiei carotidiene. Artera centrală a retinei, care asigură irigarea retinei, este o ramură din artera oftalmică. Presiunea sanguină în acest vas se poate măsura prin oftalmoscopie, utilizînd un aparat numit oftalmodinamometru, bazat pe principiul determinării sfigmomanometrice. Cifrele indicate de oftalmodinamometru sînt exprimate în grame ; în mod normal, minima este de 25—30, iar maxima de 70 g, transformate cu ajutorul unor tabele speciale în mm Hg. Cifra care arată presiunea minimă (PAR) nu trebuie să depăşească 1/2 din valoarea presiunii arteriale humerale (PAH). Raportul PAR/PAH arată rezistenţa la scurgere în teritoriul carotidian şi cerebral, avînd o mare valoare semiologică în sindroamele obliterative ale carotidei şi ale ramurilor sale terminale sau în diferite sindroame vasculare cerebrale.

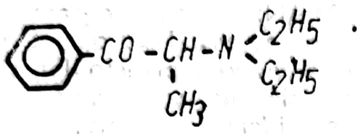
170. **TENSOFIN(M)** Mexic — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)-fenotiazin-10-il/-propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

171. **TENSOLISIN(M)** Brazlia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3 dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce îi permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (patru ore). Acţiunea sa este sedativă, anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM(M).

172. **TENSOPAM(M)** Finlanda — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiezepină, cu acţiune : sedativ-hipno-

tică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

173. **TEN-TAB$^{(M)}$** SUA — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă ; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor și anorexigene apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO. În timp, poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.



174. **TENTAȚIE** (cf. lat. *temptatio* „încercare") ● Înclinație interioară spre un obiect din ambianță, resimțită de subiect ca o atracție, mai mult sau mai puțin irezistibilă, față de obiectul respectiv. Tentația poate corespunde unei dorințe conștiente sau inconștiente ; ea se poate opune unui act conștient, unei decizii voluntare pînă acolo încît să împiedice realizarea actului respectiv (→ DORINȚĂ, FANTASMĂ).

175. **TENTONE$^{(M)}$** SUA — DCI *Metopromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și valențe hipnotice. Inferior ca performanțe clordelazinului, are o bună toleranță. Este indicat, în special, în psihogenii și afecțiuni psihosomatice.

176. **TEOBROMINĂ** ● Alcaloid din cacao (care conține și cafeină), inclus în clasa xantinelor, cu acțiune stimulantă asupra sistemului nervos central (mai slabă decît cafeina și teofilina) prin inhibarea fosfodiesterazei (→ PSIHOSTIMULENTE).

177. **TEOFILINĂ** ● Alcaloid din frunzele de ceai (care conține și cafeină), inclus în clasa xantinelor, cu acțiune stimulantă asupra sistemului nervos central (mai redusă decît a cafeinei și mai importantă decît a teobrominei), prin inhibarea fosfodiesterazei, enzimă care intervine în degradarea adenozinmonofosfatului ciclic. Utilizarea ceaiului în cadrul majorității culturilor este justificată în principal de efectele psihostimulante ale teofilinei. În scop terapeutic este folosită ca bronhodilatator, vasodilatator coronarian și se poate administra în oprirea neonatală (compusul său aminofilina), ca diuretic (mai eficient decît cafeina sau teobromina) și în combaterea durerii din colica biliară (→ PSIHOSTIMULENTE).

178. **TENUATE$^{(M)}$** Anglia, Canada, Elveția — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TENTAB$^{(M)}$ SUA.

179. **TEOFRAST^{s} simptom** ● Semn al modificărilor patologice produse de involuție asupra personalității, descris relativ recent (1982) de psihiatrii ruși V. BLEIHER și L. ZAVILENSKAIA. Apare în jurul vîrstei de 55—60 de ani și se manifestă printr-un comportament în netă discrepanță cu vîrsta : activitate tot mai crescută, sporirea interesului față de vestimentația la modă, tendința de a stabili relații cu persoane mult mai tinere și erotizarea unora dintre aceste relații, creșterea preocupărilor sexuale, participarea mai activă la programele distractive și la activitățile de petrecere a timpului liber. După cei doi autori, este tipică modificarea nivelului aspirațiilor și exigențelor, ca și autoaprecierea exagerată, dublată de minimalizarea celorlalți. Nu este legată de prezența unor leziuni organice, ci reprezintă o exagerare a unor particularități caracteriale. Are o frecvență mai crescută la sexul masculin.

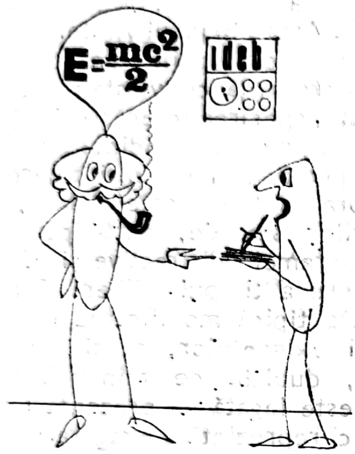
180. **TEOMANIE** (cf. fr. *theos* „zeu" ; *mania* „nebunie") ● După MARCHAIS, delir mistic în care subiectul, în final, se identifică cu Dumnezeu. Este deosebit de rar întîlnit în prezent (→ DELIR RELIGIOS ; MISTIC$^{(D)}$ delir).

181. **TEOREMĂ** (cf. gr. *theorema* „regulă, principiu") ● Propoziție demonstrabilă într-un sistem axiomatic ; legi logice în sistemul respectiv, ca și axiomele, teoremele nu sînt enunțuri prime, admise drept adevărate fără demonstrație, ci sînt derivate din axiome pe baza regulilor de inferență ale sistemului.

182. **TEORETIC — tip de personalitate** (cf. germ. *theoretisch* : vezi gr. *theoria*) ● În clasificarea lui E. SPRANGER, trăsătura dominantă a acestui tip de personalitate este orientarea spre cunoașterea obiectivă a realității, care are forța unei pasiuni, știința constituind valoarea supremă. Tot ceea ce este sentiment personal, dorință este trecut pe un plan secundar, prioritare fiind problemele legate de explicare și teoretizare. Lumea este considerată drept sistem de raporturi generale de dependență, care se cer clarificate, interpretate. Prin aceasta tipul teoretic

trăieşte într-o lume mai mult atemporală. Tipul teoretic simte puţină atracţie pentru preocupările practice, pentru afaceri şi aspecte economice.

183. **TEORIE** (cf. gr. *theoria*) ● În sens strict, ansamblu de noţiuni, enunţuri şi raţionamente, înlănţuite discursiv într-un sistem logic coerent, care descrie şi explică (pe baza unor ipoteze verificabile) un anumit domeniu al realităţii, dezvăluind legile şi proprietăţile lui esenţiale. În acest sens, expunerea teoretică reprezintă un stadiu superior în dezvoltarea cunoaşterii ştiinţifice, care continuă şi desăvîrşeşte investigaţia experimentală; confirmînd ipotezele ce au stat la baza acesteia, pentru a le conferi întemeierea şi generalitatea unor principii explicative, a căror dezvoltare deductivă face posibile predicţii exacte asupra evoluţiei domeniului de procese şi fenomene studiate.

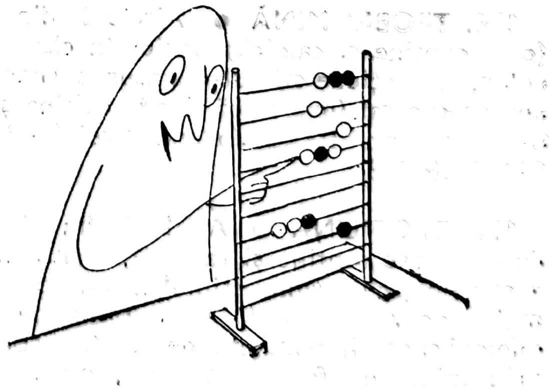


● În sens larg, teoria desemnează cunoaşterea de ordin general, realizată prin desfăşurarea argumentativă a abstracţiunilor — spre deosebire de practică (termenul complementar), care presupune momentul acţional, nemijlocit situat la nivelul concretului. Între teorie şi practică există raporturi de corelaţie dialectică; oferind teoriei una dintre sursele sale tematice şi un criteriu decisiv de verificare, practica reprezintă şi scopul demersului teoretic, sporindu-şi eficienţa odată cu dezvoltarea acestuia. Interacţiunea dintre teorie şi practică nu anulează nici una din ele, ci presupune relativa lor independenţă reciprocă. Autonomia parţială faţă de limitele empirice ale practicii îngăduie cercetării teoretice accesul la idealitate, în care se dezvăluie cauzele şi legile esenţiale ale fenomenelor, ceea ce deschide investigaţiei orizontul posibilului.

Neînţelegerea complementarităţii dialectice a teoriei şi practicii duce fie la empirism şi practicism îngust (care subestimează rolul şi importanţa gîndirii teoretice), fie la dogmatism speculativ (care minimalizează rolul şi importanţa practicii, exagerînd autonomia discursului teoretic).

184. **TEORIA GENERALĂ A SISTEMELOR** ● Disciplină de sinteză fondată de Ludwig von BERTALANFFY, ca program de cercetări integratoare, avînd ca obiect modelarea conceptuală a legilor, principiilor şi proprietăţilor esenţiale ale sistemelor, în general (materiale sau ideale, naturale, sociale sau artificiale). Avînd caracter interdisciplinar, teoria generală a sistemelor se bazează pe o serie de discipline matematice: teoria jocurilor, teoria deciziilor, teoria probabilităţilor etc., dezvoltîndu-se ca disciplină logico-matematică, formală, dar aplicabilă în diferite domenii experimentale (mai ales în ştiinţele tehnice). Importanţa deosebită a teoriei generale a sistemelor decurge din faptul că noţiunile şi conceptele fundamentale cu care operează această nouă disciplină (sistem, integralitate, interacţiune, finalitate, informaţie, entropie, organizare etc.) se articulează în modele explicative de mare generalitate, ce favorizează transferul analogic riguros de metode şi concepte între domenii diferite de cercetare, stabilind cu precizie matematică relaţii de izomorfism între forme, aparent eterogene, de organizare a lumii materiale.

185. **TEORIA INFORMAŢIEI** ● Domeniu ştiinţific relativ nou, de mare valoare explicativă şi euristică, fundamentat de Cl. SHANNON şi N. WIENER ca model matematic al comunicării prin semnale. Ridicînd conceptul de informaţie la rangul unei categorii ontologice (definind, alături de substanţă şi energie, o a treia modalitate fundamentală a existenţei), teoria informaţiei elaborează procedee



de cuantificare a informațiilor și o serie de concepte cu o largă sferă de aplicații (codificare, entropie etc.), care s-au dovedit fertile în cibernetică, biologie, neurofiziologie, psihologie, lingvistică, estetică etc.

186. **TEORIA RELATIVITĂȚII PSIHICE** — sin. TEORIA SISTEMELOR PSIHOFIZICE, EXPUSE ÎN IPOTEZA CÎMPURILOR SOMATICE NEOMOGENE ● Teorie de o excepțională importanță și actualitate, în ciuda celor 50 de ani care au trecut de la enunțarea ei de către Gheorghe ZAPAN. Plecînd de la teoria relativității spațiului și timpului fizic a lui EINSTEIN (cunoscută de la cursurile audiate la Berlin, între 1928—1930), ZAPAN elaborează și verifică experimental teoria relativității spațiului și timpului psihic, problemă care l-a preocupat, dealtfel, și pe KANT. Potrivit opiniei lui Pavel MUREȘAN — autorul unei monografii remarcabile privind opera și creația lui ZAPAN —, teoria relativistă a sistemelor psihofizice, elaborată pe baza ipotezei cîmpurilor somatice neomogene, explică deformările psihice care apar atît în cazul iluziilor (optico-geometrice, auditive, tactile, de greutate, constanță perceptivă de mărime), cît și în actul învățării și al intuiției; acestea tind să dispară în cazul influențării organismului uman și a sistemului psihic prin procese de omogenizare, fapt ce duce la concluzia că asemenea fenomene nu se datorează unor cauze exterioare (unghiuri de percepție, mișcarea ochilor etc.) și nici unor cauze subiective (lipsă de discernămînt, anxietate în timpul aprecierii), cum se credea în psihologie, ci unor diferențieri și deformări ale proceselor psiho-fizice care au loc în cîmpul somatic. Deformările spațiale în cazul iluziilor optico-geometrice sau deformările timpului, ca și structurările și restructurările psihice în percepție, învățare, gîndire etc. au la bază apariția, în cadrul sistemelor psihofizice respective, a unor cîmpuri neomogene, rezultat analog deformărilor din teoria relativității a lui EINSTEIN. Astfel, în condițiile unei iluzii optico-geometrice, constînd în contracția unui segment de dreaptă, se produce totodată și o încetinire a timpului subiectiv. În opinia lui ZAPAN, deformările psihice pot fi înlăturate prin învățare (și invers, o configurație poate fi deformată prin învățare), omogenizarea condițiilor exterioare și a celor interioare ducînd la dispariția deformărilor.

Creierul uman reflectă, ca un microcosmos, nu numai producțiile senzoriale, ci și, în mod amplificat, însăși legi ale cosmosului, cum sînt cele ale relativității einsteiniene. În anumite condiții, evenimente care se desfășoară în creierul uman ca microcosmos pot conduce la previziuni științifice sau intuitive. În activitățile de muncă bine organizate, timpul subiectiv și cel fiziologic sînt încetinite, deci oamenii care desfășoară activități bine organizate rămîn „mai tineri“ din punct de vedere psihologic și fiziologic decît cei ale căror activități sînt dezorganizate, negentropice; în acest ultim caz, timpul subiectiv de muncă devine mai mare decît cel obiectiv.

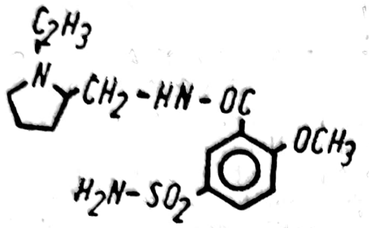
187. **TEORIA REZONANȚEI** ● Aparține teoriilor auzului și a fost elaborată de HELMHOLTZ, în 1877. Conform acestei teorii, membrana bazilară, nefiind omogenă ca lățime și prezentînd o striațiune transversală, are o rezonanță diferită pentru fiecare frecvență sonoră. Vibrațiile sonore în mediul lichid din urechea internă produc vibrații corespunzătoare ale diferitelor porțiuni din membrana bazilară. Astfel, rezonanța mecanică a elementelor componente din membrana bazilară determină „localizarea“ cohleară a vibrațiilor.

188. **TEORIE UMORALĂ** ● Aparține doctrinei hipocratice, în care creierul era considerat drept glandă care secretă „pituita rece“, antagonistă a „umorilor calde“, iar structura organismului implica patru umori: sînge, flegmă, bilă galbenă, bilă neagră (sîngele venos), derivate din cele patru elemente ale filozofiei ionice (EMPEDOCLE): aer, pămînt, apă și foc. Hipocraticii introduc în medicină noțiunea de constituție, plecînd de la ideea că temperamentele sînt determinate de proporționalitatea diferită a celor patru umori (→ TIPOLOGIE). Continuînd această teorie care a dăinuit peste 15 secole, biologiștii susțin că activitatea nervoasă superioară, deci viața psihică și comportamentul uman, au un determinism umoral, secrețiile glandelor endocrine fiind elementul lor declanșator. De fapt, după cum arată POPESCU-NEVEANU, activitatea sistemului endocrin se află sub controlul sistemului nervos central, iar activitatea acestuia este potențată și prelungită de secrețiile endocrine, realizînd integrarea adecvată a organismului în mediul bio-socio-cultural.

189. **TEPANIL**$^{(M)}$ SUA — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor și anorexigene apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO. În timp, poate

realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale NL.

190. **TEPAVIL**$^{(M)}$ Spania — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt cele comune neurolepticelor incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.



191. **TEPERIN**$^{(M)}$ Ungaria ● Timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINĂ$^{(M)}$ România.

192. **TÉRALITHE**$^{(M)}$ Franța ● Timoizoleptic, sare de litiu $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CARBONAT DE LITIU$^{(M)}$ România.

193. **TERAMINE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Clorfentermină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat de tip p-clor-α,α-dimetilfenetilamină, indicat în anxietate severă, diminuarea activității intelectuale, în presenilitate, sevraj de diverse etiologii, tulburări de dinamică sexuală, combaterea obezității secundare curei neuroleptice → PSIHOSTIMULENTE.

194. **TERAPEUTICĂ — fereastră** (cf. gr. *therapeia* „îngrijire") ● Noțiune de psihofarmacologie, care se referă la relația între concentrația plasmatică a drogului — variabilă de la individ la individ — și efectul clinic al acestuia. Astfel, în majoritatea cazurilor, administrarea în doze corecte și pe o perioadă suficientă de timp a unui psihotrop conduce la stabilizarea unui nivel plasmatic, eficace clinic. Există însă și variații individuale de metabolizare a chimioterapicelor : fie o metabolizare foarte rapidă a drogului, astfel încît, deși doza și perioada sînt teoretic corecte, nivelul plasmatic eficace terapeutic nu se poate atinge, fie un deficit de metabolizare a medicamentelor, astfel încît dozele terapeutice devin toxice pentru pacientul respectiv.

În cazul unui pacient la care dozele mari determină accentuarea simptomatologiei și efecte secundare puternice, dozele mici pot avea efecte terapeutice spectaculoase, efect de „fereastră terapeutică". Acest efect poate avea nu numai o cauză metabolică, ci poate apărea și ca urmare a asocierii mai multor medicamente, care-și interferează metabolismul.

195. **TERAPEUTICĂ — reacție negativă** → REACȚIE TERAPEUTICĂ NEGATIVĂ.

196. **TERAPEUTICĂ REZISTENȚĂ** (cf. gr. *therapeia* „îngrijire" ; lat. *resistere* „ a rezista, a se împotrivi") ● Nonresponsivitatea unui bolnav psihotic la terapia medicamentoasă administrată. Ar putea fi împărțită schematic în două grupe :

● PSEUDOREZISTENȚA : lipsa efectului terapeutic este datorată :

- ● diagnosticul greșit (antidepresivele triciclice nu au efect asupra unei depresii de intensitate mică, apărută contextual, și nici la indivizii normali ; etichetarea ca „psihotic" a unui bolnav care, în realitate, nu este și administrarea tratamentului neuroleptic vor conduce nu numai la apariția efectelor extrapiramidale secundare, greu de suportat, ci și la lipsa oricărui beneficiu terapeutic) ;
- ● incorectitudinea prescripției medicale :
  - — doze mici, insuficiente ;

— durată scurtă (folosirea unei doze corecte de antidepresive sau neuroleptice pe o perioadă prea scurtă este sinonimă cu un „tratament decapitat") (→ ANTIDEPRESIVE ; NEUROLEPTICE).

- Rezistența terapeutică propriu-zisă apare în mod aleator, individual, administrarea corectă a medicației soldindu-se cu lipsa oricărui efect terapeutic ; acești nonrespondenți nu pot fi depistați anterior instituirii tratamentului ; creșterea dozelor la astfel de pacienți este inutilă ; nonrespondența este destul de rar întîlnită în cazuri de psihoză discordantă.

197. **TERAPIE BIOLOGICĂ** → TERAPIE ELECTROCONVULSIVANTĂ ; INSULINOTERAPIE (SAKEL — cură) ; CHIRURGIE ÎN PSIHIATRIE ; TERAPIE PSIHIATRICĂ.

198. **TERAPIE COMPORTAMENTALĂ** → PSIHOTERAPIE COMPORTAMENTALĂ.

199. **TERAPIE ELECTROCONVULSIVANTĂ** — sin. ELECTROȘOC ; CERLETTI — metodă ● Metodă terapeutică constînd în producerea unor crize convulsive, cu ajutorul curentului electric. Efectul terapeutic al producerii crizelor convulsivante era menționat încă din antichitate, cînd ele erau declanșate cu anumite extracte vegetale, în vederea ameliorării stării grave a unor bolnavi psihici. Ulterior, efectul benefic al crizelor convulsivante a fost observat și după șocul cu cardiazol, metodă părăsită din cauza toxicității substanței folosite. Promotorii terapiei electroconvulsivante sînt CERLETTI și BINI, care s-au inspirat din experiențele lui Le ROY din 1755, B. FRANKLIN în 1775, ALDINI (1804, BABINSKI (1903) ; aceștia folosiseră provocarea crizelor convulsive în vindecarea acceselor de melancolie și a conversiilor pitiatice. Leduc de MANTES a testat și el o electrosomnoterapie, pe care însă a considerat-o prea periculoasă. Pornind de la aceste experiențe și de la studierea modului în care erau omorîte animalele în abatoare (prin aplicarea unor electrozi ce provocau o criză convulsivă și apoi comă), CERLETTI și BINI au reușit, în 1936, să provoace o astfel de criză electroconvulsivantă la animal, iar în 1937—1938, la om. De atunci, în pofida aparentei sale brutalități, această metodă terapeutică a suferit multiple îmbunătățiri și continuă să-și păstreze un loc important în arsenalul terapeutic, datorită rezultatelor bune și riscurilor relativ mici (mai ales în condiții de protecție) pe care le comportă.

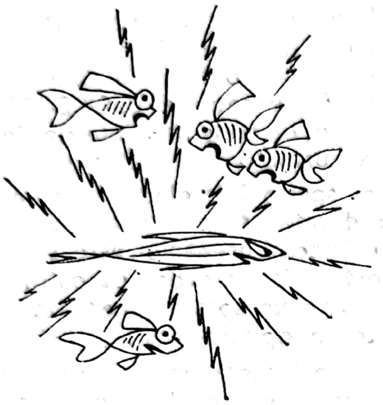
Metoda este practicată cu aparate folosind curentul alternativ (sistem Lapipe și Rondepierre) sau curent continuu (DELMAS-MARSALET și BRAMERIE), la care există posibilitatea controlării automate a timpului de scurgere a curentului. Tensiunea este de 80—130 de volți, iar timpul de 0,1—1 secunde. Procedura este următoarea : pacientului „à jeun" și cu vezica urinară golită, aflat în clinostatism și cu o bucată de cauciuc între arcadele dentare (pentru a preveni mușcarea limbii), cu mandibula imobilizată, pentru a evita luxația ei, i se aplică în ambele regiuni fronto-temporale cîte un electrod umed și se declanșează criza convulsivă, cu fazele ei tipice. Tratamentul se repetă la 1—2 zile (în medie, de două ori pe săptămînă), numărul total fiind între 6—8—12 sau chiar 40 de ședințe (GOLDFARB). Fără premedicație, efectele imediate ale electroșocului cunosc următoarele faze :

- faza spasmului electric, care coincide cu durata trecerii curentului. Dacă intensitatea curentului este suficientă, subiectul își pierde cunoștința imediat și apare un spasm generalizat ; trunchiul este în opistotonus ;
- faza de latență, care începe de la întreruperea curentului, cînd spasmul în opistotonus se termină ; trunchiul bolnavului cade inert pe pat și rămîne așa cîteva secunde, pînă la un minut ;
- faza tonică, al cărei debut este marcat de un strigăt ;
- faza clonică, clasică ;
- faza comatoasă, cu durată diferită, care se continuă cu o fază de somn. Trezirea se face după cîteva minute pînă la o jumătate de oră. Rar, trezirea este precedată de o fază crepusculară cu agitație.

Principalele incidente și accidente ale acestei tehnici sînt următoarele :

- Incidente : criza „avortată" (neproducerea crizei, cu senzație de angoasă penibilă) ; apnee tranzitorie cu cianoză ; ocluzie faringo-traheală (este preferabil ca bolnavul să fie așezat în decubit lateral și nu dorsal) ; cefalee postcritică ; agitație (după 2—3 electroșocuri la melancolici poate apărea hipomania) ; mialgii ; dismnezie în zilele următoare (amnezia, cu toate inconvenientele ei, constituie totuși o condiție a eficacității terapeutice) ;
- Accidente : fractura coloanei, a humerusului, a colului femural sau a cavității cotiloide, fractura mandibulei (rar), luxația umărului, precum și accidente

cardiovasculare (sincopă, fibrilaţie atrială — rar), care pot fi prevenite prin premedicaţie atropinică. Sînt citate, cu frecvenţă redusă, abcesele pulmonare prin aspiraţie. Cazurile letale sînt extrem de rare şi se datorează unor leziuni cerebrale preexistente şi nedecelate (tumori, malformaţii vasculare). Mai sînt citate şi : reactivarea unui proces tuberculos, complicaţii endocrine, precum şi apariţia ulterioară a unor crize epileptice, mai ales după un număr mare de electroşocuri.



Aceste incidente şi accidente au putut fi evitate prin multiple îmbunătăţiri aduse tehnicii de aplicare a terapiei electroconvulsivante : efectuarea electroşocului sub anestezie generală suprimă senzaţia penibilă de angoasă ; curarizarea, administrarea de miorelaxante au redus considerabil accidentele mecanice ; aplicarea unilaterală a electroşocului reduce mult tulburările mnestice. Premedicaţia profilactică se realizează îndeosebi prin patru metode :

- narcoza şi subnarcoza, constînd în administrarea unui barbituric de tip Mesdonal, Eunoctal i.v., precedată cu 20 minute de administrarea subcutan a 1 mg de atropină sau 1/2 mg atropină combinată cu barbituric solubil. Este astfel înlăturată angoasa, dar apneea de şoc este mult mai severă, ceea ce necesită obligatoriu existenţa unei instalaţii de oxigenoterapie ;
- curarizarea, folosită pentru evitarea accidentelor mecanice, prin administrarea intravenoasă de leptocurare (Celocurine, Brevatonal), care determină în aproximativ 30 de secunde o rezoluţie musculară completă. Apneea este însă dramatică şi necesită existenţa unei instalaţii de respiraţie asistată. Se va evita folosirea neostigminei. Sub curarizante, criza clonică se manifestă numai prin contracturi minime, la nivelul feţei şi al extremităţilor ;
- asocierea narcoză-curarizare : barbituricul şi leptocurara pot fi injectate simultan, dar mai corectă pare a fi injectarea iniţială a barbituricului şi, în funcţie de efect, calcularea dozei necesare de curara. Efectele respiratorii dramatice care pot apărea necesită prezenţa unei aparaturi şi a unui specialist în anestezie-reanimare ;
- alte premedicaţii sînt administrate în contextul existenţei unei insuficienţe de organ care se cere a fi compensată : cardiotonice, chinidină etc.

Există şi opinia că, după administrarea electroşocului, pentru a realiza o euforizare a trezirii, să se injecteze un opiaceu.

LANCESTER, STEINERT şi FROST, în 1957, au elaborat tehnica electroşocului unilateral, aplicat la nivelul emisferei minore, pentru a evita tulburările de memorie. Electrozii se plasează pe hemicraniu, unul sub altul, primul fiind situat dedesubtul unei linii imaginare care ar uni orificiul extern al conductului auditiv extern cu unghiul extern al orbitei, iar cel de-al doilea deasupra acestuia. Datele comunicate relevă însă o eficienţă mult mai redusă, comparativ cu cea a electroşocului bilateral.

POROT recomandă următoarea tehnică de aplicare a electroşocului bilateral : amestecarea a 1/2 mg atropină cu 0,50 g pentobarbital, din care se administrează 0,20—0,30 g, pentru a determina instalarea unei uşoare narcoze, după care, rapid, pe acelaşi ac, se administrează celocurină 1 mg/kg corp. După aproximativ 15 secunde, apar fibrilaţii musculare, care se termină rapid, instalîndu-se paralizia respiratorie (aproximativ în a 20-a secundă), cînd se instituie respiraţia controlată. La aproximativ 60 de secunde după injectare, se aplică electroşocul. Criza convulsivă are manifestări minime. După terminarea crizei, la 3—4 minute, respiraţia se reia spontan (întreruperea respiraţiei controlate se va face treptat). Este contraindicată administrarea prostigminei. Aplicarea electroşocului se face după un amănunţit examen clinic şi paraclinic al subiectului, numai în unităţi dotate cu instalaţie pentru respiraţie controlată şi în prezenţa unui specialist anestezist-reanimator. Electroşocul se poate aplica nu numai în condiții de spitalizare, ci și în ambulator, cu condiția ca bolnavul să fie întotdeauna însoțit.

Indicațiile terapiei electroconvulsivante sînt reprezentate de stările melancoliforme din psihozele afective uni- sau bipolare, involutive, reacționale. În aceste cazuri, se pare că șansele de reușită a terapiei electroconvulsivante sînt cu atît mai mari, cu cît tulburările somnului sînt mai importante. Administrarea electroșocului uneori înaintea chimioterapiei este determinată de riscul suicidar care grevează aceste stări, ameliorarea depresiei fiind mai rapidă prin electroșoc decît prin chimioterapie (care prezintă și dezavantajul abolirii inhibiției înaintea ameliorării depresiei). Succesele acestei terapii în stările melancoliforme sînt certe (după unii autori 80—100%). În manie, rezultatele bune obținute prin electroșoc sînt mai puțin numeroase, mai tardive și incomplete.

Alte indicații pentru aplicarea terapiei electroconvulsivante sînt: stări confuzionale, psihoze puerperale, stări schizofrenice în care se recomanda asocierea electroșocului cu cura Sakel. Rezultatele sînt bune dacă terapia electroconvulsivantă se aplică cît mai precoce. Discutabile sînt rezultatele obținute prin electroșoc în delirurile cronice, stările hipocondriace, psihastenice. Recent sînt comunicate rezultate terapeutice bune obținute prin electroșoc în boala Basedow, acrodinie, diabetul recent (insulino-independent), anorexie mintală, algii rebele, diskinezia neuroleptică tardivă, boala Parkinson.

Contraindicațiile metodei electroconvulsivante protejate sînt numai relative, practic ele putîndu-se aplica tuturor grupelor de vîrstă peste 10—12 ani, femeilor însărcinate, politraumatizaților, cardiopaților cu tulburări de ritm, hipertensivilor, cu condiția asigurării metodelor de reanimare. În pofida rezultatelor excepționale obținute prin electroșocul protejat în cazul bolnavilor care prezentau reșute frecvente, această metodă este însă criticată și în prezent, din motive de ordin nemedical, fiind chiar interzisă în unele state ale lumii. Multe dintre aceste critici au ca obiect chiar etapele considerate absolut necesare pentru reușita terapiei electroconvulsivante: criza convulsivă, amnezia etc. În condițiile electroșocului protejat, criza convulsivă nu mai apare însă, tulburările mnestice nu sînt nici obligatorii, nici necesare vindecării, ele putînd chiar să lipsească. În ceea ce privește deteriorarea care ar apărea după această metodă terapeutică, ea nu este nici pe departe clar evidențiată (apariția ei fiind legată mai mult de afecțiunea de fond decît de terapia aplicată). Cu toate acestea, opinii antipsihiatrice consideră terapia electroconvulsivantă ca fiind o metodă de coerciție, „atentînd la libertatea individului".

Alte opinii critice se referă la faptul că aplicarea acestei metode nu este susținută teoretic de cunoașterea precisă a mecanismului de acțiune. Într-adevăr, deși sînt emise mai multe ipoteze, mecanismul de acțiune al electroșocului nu este încă pe deplin cunoscut. BINI și CERLETTI au emis ipoteza eliminării în perioada de disoluție a conștienței a unei substanțe: acroagonina. Alți autori, bazîndu-se pe modificările EEG (prezența ritmurilor lente) care apar în timpul tratamentului și dispar după încetarea lui, precum și pe rapida ameliorare a tulburării de somn, consideră că efectul terapeutic al electroșocului se datorează acțiunii acestuia asupra hipotalamusului. Încercările de a stabili o legătură între metabolismul neuromediatorilor cerebrali și electroșoc au eșuat. În 1979, J. S. HONG și colaboratorii relevă o creștere a met-encefalinei în hipotalamus (în timp ce beta-endorfinele rămîn nemodificate), proporțională cu ameliorarea stării subiectului supus unor ședințe repetate de electroterapie. S-ar putea ca acest fapt să constituie suportul acțiunii antidepresive a terapiei electroconvulsivante.

Psihanaliștii apelează, în explicarea acțiunii electroșocului, la rolul mecanismului de regresie sau al experienței „morții trăite". J. DELAY vorbește despre „dezintegrare-reintegrare". DELMAT-MARSALET consideră că toate terapiile de șoc ar avea analog mecanismul de „disoluție-reconstrucție".

În ciuda acestei lipse de cunoaștere a mecanismului cert de acțiune, terapia electroconvulsivantă este acreditată de practica psihiatrică drept o metodă valoroasă de tratament al simptomatologiei psihice majore, determinînd ameliorarea rapidă a stării psihice.

200. TERAPIE DE LUNGĂ DURATĂ — probleme generale ● Durata unei terapii este o problemă strict corelată cu o multitudine de factori, dintre care cei mai importanți sînt: tipul afecțiunii, tipul terapiei disponibile la un moment dat, factori care țin de pacient (statusul psiho-biologic), de mediul socio-familial al acestuia, de relația medic pacient.

Instituirea terapiei de durată se impune în afecțiunile cronice, domeniul psihiatric beneficiind considerabil de acest tip de terapie, în sensul unei reinserții socio-familiale cît mai bune, al prevenirii complicațiilor etc.

În ceea ce privește disponibilitățile farmacologice, ele s-au amplificat în ultimele decenii, permiţînd existenţa unui larg spectru terapeutic, modulat ca posibilităţi de administrare, dozaj etc. Statusul psiho-biologic, unul dintre factorii cei mai importanţi, influenţează atît durata propriu-zisă a terapiei, cît şi componentele acesteia (psiho- sau/şi bioterapie, doze, mod de administrare, efectele secundare şi consecinţele lor etc.). Mediul socio-familial este elementul care contribuie considerabil la realizarea complianţei bolnavului la acest tip de terapie, cu toate posibilele ei efecte neplăcute, în timp ce relaţia medic-pacient este aceea care „controlează" de fapt tot acest ansamblu.

De regulă, specialiştii acceptă ca definiţie a terapiei de durată un tratament care tinde să se prelungească toată viaţa şi care nu se limitează la domeniul farmacologic, ci se completează armonios cu aspecte psihologice şi sociale. Un tratament de durată necesită o planificare riguroasă şi trebuie realizat conform principiilor medicinei luată în ansamblul ei, un concept fundamental fiind aplicarea terapiei pentru bolnav, cu toate particularităţile sale, şi nu terapia afecţiunii. Prezentul şi viitorul pacientului trebuie considerate atît sub aspectul sănătăţii sale fizice, cît şi sub aspectele moral, economic, social. Responsabilitatea medicului, în acest context, este la fel de mare ca şi complianţa pe care bolnavul trebuie să o aibă.

Ultimele decenii de studii medico-farmaceutice au demonstrat că terapia de durată, în mod deosebit aspectul ei psihosocial, interferă considerabil cu factorii de risc implicaţi în patogenia a numeroase afecţiuni, putînd contribui astfel la ameliorarea în foarte mare măsură a calităţii vieţii bolnavului. Dar acest beneficiu este realizabil numai în condiţiile în care este asigurată adeziunea pacientului, iar planul terapeutic este precis organizat. Riscurile acestei terapii constau în polipragmazie sau în dispersia tratamentului cu pierderea eficacităţii sale.

Principalul obiectiv al terapiei de durată, în contextul progreselor medicinei moderne, constă în creşterea speranţei ce viaţă şi, mai ales, în profilaxia complicaţiilor medico-sociale ale acestor afecţiuni. Deoarece numărul bolnavilor cu afecţiuni cronice a crescut considerabil în ultimele decenii, solicitările pentru terapia de durată lungă, sub toate aspectele ei, au crescut semnificativ nu numai în sensul prescripţiei medicamentoase, ci şi moraliceşte. Acest sprijin moral este cu atît mai util cu cît aceşti pacienţi beneficiază, de foarte multe ori, numai de o ameliorare parţială a suferinţei lor ; ei sînt obligaţi să ducă o viaţă limitată ca posibilităţi fizice şi psihice, ceea ce le creează o stare depresivă reacţională, în corectarea căreia aportul medicului este factorul hotărîtor. A avea la îndemînă suportul farmaceutic util, a supraveghea cu grijă bolnavul cronic, mai ales în sensul reintegrării sale sociofamiliale, reprezintă sarcinile esenţiale ale medicului cînd instituie o terapie de durată, globală, care nu numai că adaugă un număr de ani în plus duratei de viaţă, ci încearcă să asigure şi demnitatea acestei vieţi.

Un alt risc al terapiei de durată este prezenţa efectelor secundare, acestea devenind, în contextul afecţiunii cronice, un factor care alterează la rîndul său calitatea vieţii pacientului. Este de datoria medicului de a discuta cu pacientul aceste efecte secundare supărătoare, cu atît mai mult cu cît cunoaşterea lor este facilitată azi de complexitatea factorilor informaţionali. Cunoscînd faptul că o medicaţie eficace este practic întotdeauna însoţită de efecte secundare, acestea trebuie să fie recunoscute din timp, eventual diminuate cu o medicaţie adjuvantă, astfel încît ele să fie bine tolerate. În acest context, medicul este cel care hotărăşte iniţierea şi continuarea terapiei, în ciuda acestor aspecte negative. Asentimentul şi colaborarea pacientului şi a familiei pentru obţinerea celor mai bune rezultate posibile devin, din acest moment, indispensabile. Este evident faptul că relaţia medic-pacient are rolul hotărîtor în obţinerea unui beneficiu maxim al terapiei de durată, alături de o accesibilitate maximă a bolnavului la medicul său curant, cu atît mai mult cu cît bolnavii cronici prezintă frecvent decompensări determinate fie de însăşi afecţiunea cronică, fie de incidentele terapiei medicamentoase. Relația medic-pacient este consolidată și de raporturile pe care terapeutul le are cu anturajul pacientului. Acesta trebuie să cunoască planul terapeutic, el reprezentînd un ajutor foarte prețios pentru medic prin influența pe care o exercită asupra modului de viață al bolnavului, respectării medicației, a măsurilor dietetice, reintegrării lui socio-familiale. Se facilitează astfel instituirea terapiei complexe care, prin măsurile restrictive, poate fi supărătoare pentru bolnav, respectarea lor fiind însă obligatorie pentru beneficiul terapiei de durată.

În ceea ce privește indicațiile terapiei de durată, ele sînt ihfluențate de marea problemă a terapeuticii moderne: multimorbiditatea, favorizată la rîndul ei, paradoxal, de creșterea duratei vieții. Bolile coronariene, hipertensiunea arterială, bolile pulmonare cronice, artrozele poliarticulare, afecțiunile metabolice, digestive, psihice coexistă frecvent la același subiect, creînd dificultăți în instituirea terapiei, atît din punctul de vedere al indicațiilor și contraindicațiilor, cît și al efectelor secundare. Una dintre primele dificultăți cu care terapeutul are de luptat este prioritatea pe care trebuie să o acorde uneia sau alteia dintre afecțiunile unui pacient, fiind cert faptul că, oricît de mari ar fi progresele terapeutice, nu pot fi tratate optimal și eficient toate aceste afecțiuni concomitent. Pe de altă parte, specializarea medicală ridică problema consultului la mai mulți medici, instituirea unor terapii multiple, necesitînd coordonare interdisciplinară. În acest context, pacientul rămîne singur, în hățișul diagnosticelor și tratamentelor sale. Această problemă impune o corectă și eficientă organizare a serviciilor medicale, o colaborare armonioasă între toți factorii implicați terapeutic.

Problema vîrstei la care se instituie un tratament de durată este deosebit de importantă, pe de o parte datorită multimorbidității semnalate, pe de altă parte vîrsta înaintată favorizează creșterea frecvenței interacțiunilor medicamentoase periculoase, creșterea pericolului de toxicitate prin lungirea timpului de înjumătățire a medicamentelor, frecvența mare a reacțiilor alergice, intoleranțe digestive. Psihologic, pacientul vîrstnic este mai izolat, mai puțin dornic să trăiască, mai ales în prezența suferinței fizice, devenind astfel foarte dificil de manevrat pentru un răspuns eficace al terapiei de durată. Aceste aspecte trebuie considerate cînd se stabilește frecvența contactelor, administrarea unui anumit tip de medicație care să crească adeziunea pacientului la tratament și să-l optimizeze.

Apar, de asemenea, probleme în instituirea terapiei de durată în funcție de sex. Aceste probleme țin în primul rînd de tipul de afecțiune, de morbiditatea specifică femeilor și bărbaților, deși în ultimele decenii schimbările în plan social au atenuat mult diferențele, atît din punctul de vedere al manifestărilor bolii, cît și, mai ales, al reactivității particulare la boală, la modalitatea de cooperare cu medicul.

Toate aceste fapte conduc la cîteva reguli generale pe care trebuie să le respecte instituirea unei terapii de durată. Este obligatorie efectuarea unui examen medical complet și stabilirea unui diagnostic precis. Planul terapeutic trebuie să fie detaliat și să beneficieze de un control riguros al modului de administrare, al posologiei optimale, al efectelor secundare care pot afecta succesul terapiei.

Dozele medicației trebuie să fie adaptate, în măsura posibilităților, situației particulare a bolnavilor, astfel încît să se obțină un rezultat maximal cu cele mai mici doze posibile și cu riscul cel mai mic al efectelor secundare.

Controlul terapiei de durată trebuie să fie riguros. El constă în observarea minuțioasă a evoluției afecțiunii și a efectelor terapeutice, ceea ce permite adaptarea cu finețe a dozelor. Supravegherea parametrilor biologici și psihici ai bolnavului permite de asemenea prevenirea efectelor secundare și eventual instituirea terapiei adjuvante. Aceste efecte secundare depind de structura chimică a medicamentului, de metabolizarea lui, de gravitatea și evoluția afecțiunii și, în aceeași măsură, de alte afecțiuni asociate și de posibilele interacțiuni medicamentoase.

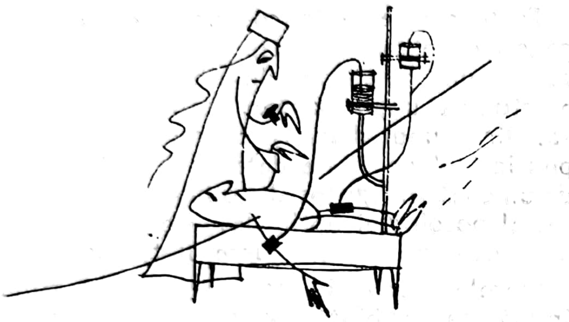
În acest context, serviciile de bolnavi cronici, diferitele forme de spitalizare și dispensarizare, institutele de recuperare au un rol deosebit de important, avînd toate posibilitățile de a asigura exigențele unei terapii de durată.

201. **TERAPIE (DE) GRUP** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PSIHOTERAPIE DE GRUP → GESTALTISM.

202. **TERAPIE INDIVIDUALĂ (psihoterapie)** → PSIHOTERAPIE; PSIHANALIZĂ; PSIHOTERAPIE SCURTĂ.

203. TERAPIE INTENSIVĂ IN PSIHIATRIE

● Bazele terapiei intensive în psihiatrie au fost puse în 1958, cînd s-a introdus electroşocul protejat; în următorii 30 de ani, gama tehnicilor acestei terapii s-a lărgit foarte mult datorită dezvoltării impetuoase a psihofarmacologiei, care implică, pe lîngă imensele ei avantaje, şi dezavantaje: supradozări iatrogene (în marile urgenţe psihiatrice, cînd se impune administrarea rapidă a unor doze mai mari care pot conduce la accidente grave) sau voluntare, în scop suicidar.



În ultimele două decenii, OMS-ul a elaborat un program privind îmbunătăţirea tehnicilor de îngrijire a bolnavilor neuropsihici, program care impune o reorientare a tratamentelor aplicate în urgenţe. Categoriile de tulburări care impun instituirea terapiei intensive sînt: complicaţiile pulmonare şi cardiace, stările de denutriţie (anorexie nervoasă, depresie, negativism alimentar), dezechilibrul hidroelectrolitic şi acidobazic, stările de sevraj de etiologii diferite, sindromul neuroleptic malign, intoxicaţiile sau supradozajele medicamentoase, terapiile de şoc (electroşocul, cura Sakel etc.), statusul epileptic.

Terapia intensivă are drept scop abordarea în primul rînd a sistemului afectat (cardiovascular, respirator etc.) cu mijloacele specifice, precum şi aplicarea unor măsuri generale.

Reechilibrarea respiratorie şi cardiacă.

Reechilibrarea respiratorie se impune în cazurile de insuficienţă respiratorie acută, care are drept consecinţe: hipoxemie, hipercapnie, acidoză respiratorie; aceste consecinţe pot conduce la instalarea stopului respirator, care poate determina moartea într-o perioadă de numai 1—4 minute (în funcţie de starea anterioară a plămînului). Măsurile care se impun sînt, în ordinea instituirii lor (după FILIPESCU, MUSTĂŢEA în „Terapie intensivă în urgenţele medico-chirurgicale"):

— permeabilizarea căilor respiratorii;
— administrarea oxigenului;
— ventilaţie artificială;
— combaterea acidozei respiratorii;
— alte măsuri.

● *Permeabilizarea căilor respiratorii* constă în curăţirea căilor respiratorii superioare, constituind un punct important în combaterea hiperventilaţiei datorată obstrucţiei de diferite etiologii.

În neuropsihiatrie, obstrucţia apare foarte frecvent datorită hipersecreţiei sau imposibilităţii eliminării secreţiilor bronşice. Se impune în primul rînd evacuarea secreţiilor prin lichefierea secreţiilor bronşice, dilatarea căilor aeriene, eliminarea sputei şi secreţiilor. Ordinea de aplicare a acestor măsuri este discutabilă, ele putînd fi folosite concomitent sau alternînd, în funcţie de situaţie (COHEN recomandă întîi folosirea mijloacelor de dilatare bronşică şi apoi aplicarea măsurilor de lichefiere a secreţiei). Dat fiind contextul aplicării acestor măsuri în psihiatrie, este de preferat ordinea menţionată mai sus

— *Lichefierea sputei* şi a *secreţiilor* se obţine prin creşterea aportului de lichide p.o. (după BLARSEARD, triplarea aportului de apă p.o. scade viscozitatea sputei cu 2/3) şi prin administrarea unei medicaţii mucolitice. Umidificarea aerului inspirat determină o prevenire a uscării mucoaselor căii respiratorii şi adaugă apă secreţiilor traheobronşice, fluidificîndu-le. Această tehnică de nebulizare trebuie însoţită întotdeauna de o tehnică de aspirare eficientă a secreţiilor fluidificate. Aplicarea aerosolizării creşte eficacitatea drenajului bronşic.

Există multiple tehnici şi aparaturi diverse pentru aerosolizare, pentru toate fiind însă valabil principiul cunoaşterii precise a diametrelor particulelor care ies din aparatul de nebulizat sau al particulelor care intră în căile respiratorii superioare. Substanţa cea mai folosită pentru aerosolizare este apa.

JACKSON (citat în „Terapia intensivă în urgenţele medico-chirurgicale" de FILIPESCU, BRICU, MUSTĂŢEA) afirmă că la pacienţii ce prezintă secreţii viscoase „aerul ambiant trebuie umidificat pînă la saturaţie". Pot fi folosite şi soluţii detergente (Alevaire şi Tergemist), precum şi agenţi mucolitici (Dornavac, Mucomyst, Ascumist), dar numai în asociere cu o eficientă drenare bronşică prin tuse, drenaj postural sau aspiraţie nazotraheală, pentru că altfel bolnavul va muri „înnecat" în propriile-i secreţii fluidificate.

— *Dilatarea și decongestionarea căilor respiratorii* reduc bronhospasmele și edemul mucoasei. Principalele substanțe folosite sub formă de aerosoli în acest scop sînt izoproterenolul (cu proprietăți vasodilatatoare), împreună cu epinefrina (cu proprietăți și vasoconstrictive și vasodilatatoare); doza folosită este în medie între 0,5—1 ml soluție, dar nu se poate recomanda o doză standard.

— *Drenajul postural segmentar* este o metodă prin care se încearcă îmbunătățirea mecanismelor normale de curățire a arborelui bronșic, constînd în așezarea bolnavului în acele poziții în care drenarea secrețiilor apare ca urmare a efectului de gravitație.

— *Aspirația traheală* este tehnica ce trebuie adoptată dacă măsurile enumerate mai sus au fost ineficiente. Aspirația se face pe cale nazală, în condiții de asigurare a unei riguroase asepsii. O metodă reactualizată de aspirare o constituie cateterizarea percutantă cu puncționarea traheei între primele două inele și introducerea unei sonde subțiri de plastic. Bronhoscopia, folosită ca metodă de aspirație, impune tehnici de strictă specialitate avînd indicație în aspirațiile secrețiilor de la nivelul structurii lobare pulmonare.

Atunci cînd excesul de secreție bronșică nu poate fi îndepărtat prin tehnicile amintite, se apelează la folosirea respirației asistate cu presiune intermitent pozitivă cu administrarea concomitentă de aerosoli. Ea poate fi făcută prin mijloace mecanice (asistare) sau manual. Tusea artificială, mărind (la fel ca și respirația cu presiune intermitent pozitivă) mobilitatea diafragmului, ameliorează drenajul și ventilația bronșică.

Intubația traheală se practică în secțiile de specialitate, necesitînd aparatură de specialitate și personal calificat.

● *Administrarea oxigenului* are ca indicație majoră hipoxia și se efectuează prin patru tehnici:

- — oxigenoterapia controlată, indicată în stările de hipoxemie cu hipercapnie, bazată pe îmbogățirea fluxului aerian cu oxigen, astfel încît concentrația de oxigen să nu crească cu mai mult de 5%;
- — oxigenoterapia obișnuită, indicată în stările de hipoxemie fără hipercapnie, în care se folosesc concentrații de 40—50% oxigen și care se realizează practic prin toate măștile și cateterele folosite în prezent;
- — oxigenoterapia cu concentrații mari de oxigen la presiunea atmosferică, cu indicație în stările de hipoxemie avansată, în stopul ventilator acut, realizată prin măști și catetere în care fluxul are o valoare crescută (de exemplu 15 l/minut pe cateter), precum și prin mască oronazală bine etanșeizată, cu balon rezervor și o valvă de nereinhalare;
- — oxigenoterapia hiperbară — cu indicații reduse în insuficiența respiratorie.

Eficiența tuturor acestor metode de administrare a oxigenului depinde și de corecta lui umidificare prin dispozitive de tip nebulizator sau de tip umidifiere.

● *Ventilația artificială* se instituie atunci cînd metodele clasice nu au dat rezultat. SAFAR consideră că ea trebuie instituită în cazuri de apnee și dispnee severe, înainte de apariția cianozei și somnolenței.

● *Combaterea acidozei respiratorii* este realizată prin toate tehnicile enumerate care asigură ameliorarea ventilației pulmonare cu evitarea creșterii acute a presiunii CO_2. După majoritatea autorilor, administrarea substanțelor alcalinizante este inutilă (dacă se asigură o ventilație corectă) sau chiar contraindicată — cu excepția cazurilor în care insuficiența respiratorie este asociată unei insuficiențe renale, neexistînd deci posibilitatea tamponării renale.

● *Alte măsuri* se referă la tratamentul infecțiilor care pot agrava o insuficiență respiratorie acută, la compensarea unei insuficiențe cardiace preexistente sau declanșate de o suferință pulmonară și la folosirea unor analeptice respiratorii. Acestea din urmă sînt indicate în caz de hipercapnie cu somnolență. Nicetamidul este eficace prin efectul său de trezire și astfel bolnavul devine cooperant și i se provoacă o tuse eficientă. Din același grup al analepticelor respiratorii fac parte și: Aminofilina, Prethamida, Aminofenazona, Ethamivanul și, de dată mai recentă, Doxapramul.

Suferința pulmonară netratată poate determina apariția unor grave accidente cardiovasculare, conducînd în final la insuficiență circulatorie, după care moartea clinică se instalează în următoarele 20—40 secunde de la încetarea circulației, leziunea cerebrală ireversibilă apărînd la aproximativ 4—6 minute. Funcția cardiacă încetează prin fibrilație ventriculară, asistolie cardiacă, colaps cardiovascular. În aceste cazuri, după măsurile de asigurare a permeabilității căilor respiratorii, a unei ventilații și oxigenări adecvate, se trece la restabilirea circulației prin masaj cardiac extern, administrarea soluțiilor perfuzabile i.v. și defibrilare. De rapiditatea instituirii acestor măsuri depinde salvarea vieții pacientului ; timpul pe care personalul medical il are la dispoziție este de ordinul a citorva minute, de aceea intervenția trebuie să fie rapidă, corectă și eficientă.

În aceste citeva minute trebuie pus diagnosticul de certitudine și făcut tratament. Orice ezitare înseamnă teren cîștigat pentru leziunea ireversibilă.

Reluarea respirației prin masaj cardiac extern este certă dacă apare un puls carotidian sincron cu compresiunile ritmice pe torace, dacă midriaza începe să se reducă și tegumentele încep să se recoloreze. Reluarea circulației spontane se realizează prin creșterea presiunii de perfuzie și corectarea acidozei metabolice. Pentru creșterea presiunii de perfuzie se folosesc : Adrenalina 0,5—1 mg i.v., Fenilefrina 10 mg, Metoxamina 20 mg (ultimele două folosite în caz de ineficiență a primei). Pentru a determina vasoconstricția necesară menținerii perfuziei se folosesc : Metaraminol 10 mg, Levarterenol 0,5 mg, Mefentermina 4,5 mg. Alături de vasoconstrictoare se administrează cardiotonice de tipul Isoproterenol 0,1—0,2 mg la 2—3 minute, săruri de calciu (clorură, gluconat) 0,5—1 g i.v. la 10 minute, Epinefrină.

Acidoza poate fi combătută prin bicarbonat de sodiu, THAM, dar se ține cont de faptul că aceste substanțe scad efectul inotrop pozitiv al catecolaminelor și favorizează intrarea în asistolie și fibrilație ventriculară. Bicarbonatul de sodiu se administrează 40—45 ml i.v. la fiecare cinci minute pînă la reluarea bătăilor cardiace.

Drogurile antiaritmice indicate în fibrilația ventriculară care nu răspunde la defibrilări electrice sînt Xilina, Procainamida, Chinidina (1 mg/kg/i.v.).

Diagnosticul EKG al tulburărilor de ritm și conducere trebuie pus cît mai precoce. Cea mai eficientă metodă în cazul fibrilației ventriculare este contrașocul electric (defibrilarea) aplicat însă numai după o oxigenare a miocardului (deci după ventilație artificială, masaj cardiac, vasoconstrictoare), altfel el este ineficient. Defibrilarea electrică se poate continua pînă la obținerea succesului. Dacă după 2—3 aplicări defibrilatorii cordul nu-și reia activitatea normală, se poate recurge la terapia medicamentoasă.

După reanimarea respiratorie și cardiopulmonară este necesară prevenirea apariției edemului cerebral, prin asigurarea unei diureze crescute (Furosemid), menținerea timp de 72 de ore a unei hipotermii, administrarea corticoizilor (ale căror rezultate practice sînt certe, dar nu există încă explicația științifică), controlul convulsiilor care pot fi semn al instalării edemului cerebral, dar care pot și determina apariția lui.

Reechilibrarea hemodinamică și electrolitică — în psihiatrie devine necesară atunci cînd este vorba de suprimarea aportului alimentar, prin negativism, în depresiile accentuate, în cursul somnoterapiei prelungite și incorect conduse. În aceste cazuri se produce o deshidratare globală, intra- și extracelulară, care, netratată, poate provoca moartea în 10—15 zile. Clinic apar : tegumente uscate, astenie, hipotensiune arterială, sete intensă, uscăciunea mucoaselor, hipertermie, iar paraclinic : hemoconcentrație, creșterea ureei, oligoanurie, hiperkalurie. Tratamentul constă în administrarea de lichide p.o. (apă, ca atare) sau i.v. (glucoză 5%), concentrația necesară calculîndu-se după formula :

$$\frac{\text{Natremie normală}}{\text{Natremia cazului}} = \frac{\text{apă existentă la bolnav}}{\text{apă totală normală}}$$

În cazurile în care există o insuficiență circulatorie acută se va administra plasmă 500—1 000 ml.

● *Reechilibrarea volemică* — necesită asigurarea unei căi venoase de acces ; abordarea venei se face prin :

- ace sau catetere semirigide în venele periferice, care pot fi menținute 1—7 zile ;
- cateterizare percutantă sau denudarea unei vene cu inserarea cateterului pînă într-o venă mare, care poate fi menținut 45 zile ;
- tunelizarea cateterului la distanță de locul puncției, poate fi menținut 3—6 luni.

Ca soluții perfuzabile se folosesc : Glucoză 5, 10, 20%, soluție fiziologică (NaCl izotonă), soluții polielectrolitice cu I, Na, Cl ; soluții bicarbonate (în caz de acidoză) ; soluții de Cl, K (eficiente și în caz de ileus dinamic, accident destul de frecvent în supradozarea cu antidepresive și sedative) ; Manitol 20%, soluție THAM 3,6%.

Aceste soluții se administrează în funcție de bilanțul clinic și de laborator care stabilesc deficitul hidroelectrolitic și dezechilibrul acidobazic.

● *Reechilibrarea nutritivă și metabolică* — se practică în psihiatrie, în cazurile de refuz alimentar (depresie, negativism, anorexie mintală, stupor, stări confuzionale, tentative suicidare cu substanţe caustice care determină leziuni esofagiene ; se realizează prin introducerea substanţelor nutritive elementare prin sondă naso- sau orogastrică, prin clismă alimentară sau perfuzii (→ ALIMENTAŢIE ARTIFICIALĂ).

Măsuri de terapie intensivă în sindromul de sevraj din alcoolismul cronic.

Exitusul posibil, determinat de complicaţiile ce pot apărea în primele zile după întreruperea bruscă a consumului cronic de alcool, poate fi evitat prin cunoaşterea acestor complicaţii şi printr-o intervenţie promptă şi eficace, urmărind :

— *Menţinerea echilibrului hemodinamic şi hidroelectrolitic* se face în funcţie de starea somatică a pacientului (în special afectarea hepatică), de gradul de deshidratare (prin hipertermie, transpiraţii profuze) şi cel al nutriţiei (afectată prin gastrită, prin carenţa de B_6). În mod obligatoriu se adaugă vitaminele din grupul B şi C.

— *Sedarea* se obţine prin utilizarea următoarelor substanţe :

● *Clordiazepoxidul* — recomandat mai ales de autorii americani, dar şi de cei europeni — preferat datorită efectelor secundare minime asupra funcţiei cardio-vasculare şi respiratorii.

Se poate folosi iniţial în soluţie, administrat i.v. la 4—6 ore, timp de 48 de ore, după care se poate administra p.o. în doză de 25—50 mg. În cazurile grave, doza de 100 mg se poate repeta la interval de o oră, pînă la dispariţia totală a simptomatologiei. Clordiazepoxidul are efect benefic şi asupra tremorului ;

● *Clometiazolul* — folosit mai mult în Europa şi Australia ;

● *Diazepamul* — în doză de 0,1—0,2 mg/kg, administrat i.v. sau i.m. — se poate folosi pentru sedare, pentru dispariţia tremorului şi pentru prevenirea convulsiilor. Dacă nu se asociază nici un alt sedativ, doza se poate repeta la fiecare două ore pînă la dispariţia totală a simptomatologiei (desmetildiazepamul, metabolit al diazepamului are timp de înjumătăţire mare) ;

● *Valproatul de sodiu* — există studii clinice care-i demonstrează eficacitatea.

— *Prevenirea convulsiilor* : se folosesc în cantităţi adecvate cazului : pentobarbitalul, fenobarbitalul, cloralhidrat.

— *Tratament antihalucinogen* : se foloseşte Haloperidolul, doze pînă la 10 mg/zi pe cale orală sau parenterală. Administrarea lui se face numai după ce se consideră cert depăşită perioada în care pot apărea convulsii.

— *Combaterea stării confuzionale* : stricnină 2—5 mg, repetată pînă la doza totală de 50—60 mg/zi. În mod paradoxal, se înregistrează după administrarea ei şi o diminuare a agitaţiei.

— *Combaterea edemului cerebral* : în 1960, PLANTE şi BEDARA au demonstrat efectul benefic al sulfatului de magneziu nu numai asupra edemului cerebral, ci şi asupra nevritei periferice. Doza recomandată este de 4—8 g în primele două zile şi 2—4 g în următoarele 2—3 zile.

— *Combaterea stării de insomnie* : dacă insomnia apare ca prim semn al instalării sevrajului şi dacă pacientului i s-au administrat măsurile generale de reechilibrare, pentru hipnoinducţie se poate folosi asocierea clorpromazinei şi prometazinei 50—100 mg p.o. sau i.m., fără a folosi alte tranchilizante.

— *Combaterea manifestărilor musculospastice* — se obţine prin administrarea de niacinamidă în doze de 100mg/zi.

Studii recente, efectuate de M. I. ROYER-MORRAT, F. PAILLE, W. CANTRULS au demonstrat şi efecte bune ale etilflazepatului în tratamentul sevrajului alcoolic, mai ales atunci cînd există afectare hepatică (steatoză sau ciroză). Dozele utilizate sînt mai crescute decît cele folosite pentru simpla anxioliză ; ele sînt însă mai scăzute în ciroză decît în steatoză. Concentraţia plasmatică maximă se atinge după 1 1/2 h, după administrarea a 2 mg p.o. Timpul de înjumătăţire este de 77 ore. Dacă apar semne clinice de supradozare se impune reducerea dozelor cu 25—50%.

Măsuri generale de terapie intensivă în cazul sindromului de sevraj al hipnoticelor barbiturice şi nebarbiturice.

— Combaterea colapsului vascular prin menţinerea volemiei, reechilibrarea hidroelectrolitică, monitorizarea respiraţiei şi cordului.

— Reducerea treptată a dozelor — pe o perioadă de aproximativ două săptămîni — dacă dependenţa s-a dezvoltat faţă de barbituricele cu durată scurtă de acţiune ; întreruperea bruscă dacă dependenţa s-a dezvoltat faţă de barbituricele cu durată lungă de acţiune.

— Prevenirea şi combaterea hipertermiei, delirului şi convulsiilor cu clordiazepoxid — 300 mg în decurs de şase ore pe cale i.v. — sau diazepam — 60 mg la şase ore — cu diminuare ulterioară progresivă.

— Folosirea psihoanalepticelor nu şi-a dovedit eficacitatea.

— Administrarea medicaţiei de substituţie :

- *Pentobarbitalul* este eficient în cazul sevrajului oricărui barbituric, precum şi în cazul sevrajului la glutetimid paraldehidă, cloralhidrat, şi meprobamat. Doza inţială este de 0,2—0,4 g/6 ore (uneori însă este necesară depăşirea a 2,5 g/24 ore). Doza zilnică se stabileşte în funcţie de o doză test de 200 mg şi se menţine pentru 24—36 ore. Reducerea pentobarbitalului se face cu 0,1 g/zi, în timp de 10 zile pînă la trei săptămîni, în funcţie de suportabilitatea pacientului ;
- *Fenobarbitalul* este indicat de unele studii clinice ca substituent eficace în toxicofiliile cu medicamente depresoare a SNC-ului. Se recomandă o doză de 30 mg de fenobarbital pentru fiecare doză de hipnotic luat anterior de bolnav, divizată în patru zile. Reducerea se face cu 30 mg/zi.

Măsuri generale de terapie intensivă în sindromul de sevraj la benzodiazepine

Starea de sevraj se instituie mai rapid şi mai brutal la cei care folosesc benzodiazepine cu durată scurtă de acţiune. Evitarea instalării stării de sevraj se face prin diminuarea treptată a dozelor de-a lungul a cîtorva săptămîni. Atunci cînd dependenţa se manifestă faţă de benzodiazepine cu durată scurtă, la întreruperea bruscă, acestea pot fi înlocuite cu benzodiazepine cu durată lungă de acţiune, acestea fiind eliminate progresiv de-a lungul a cîtorva săptămîni.

Măsuri generale de terapie intensivă în sindromul de sevraj la opiacee.

Sevrajul apare după aproximativ 12 ore de la încetarea consumului. În perioada de sevraj, se instituie diminuarea treptată a dozelor drogului folosit anterior prin substituţie cu metadonă, a cărei doză depinde de gradul de dependenţă ; la primele semne de instalare a sevrajului, se administrează metadonă 15—20 mg (rar este necesară o doză mai mare de 80 mg/24 ore). În general se consideră că 1 mg metadonă echivalează 4 g de morfină, 2 mg de heroină, 20 mg de meperidină.

După ce s-a determinat prin testare doza stabilizatoare (cea în care nu apar semne de sevraj), se instituie tehnica de reducere treptată cu 20% pe zi. Astfel, în majoritatea cazurilor, reducerea totală se poate obţine în 20 de zile.

Sevrajul în politoxicomanii, opiacee, depresoare ale SNC-ului

Atitudinea terapeutică este următoarea :

— se stabileşte doza de substanţă depresantă care să dea o stare de „intoxicaţie medie" şi se administrează metadona după tehnica arătată. După ce a fost făcut sevrajul cu metadonă, începe scăderea progresivă a substanţei depresoare a SNC-ului ;

— sevrajul concomitent al ambelor substanţe nu este absolut contraindicat, dar adoptarea lui se face numai în contextul existenţei unei suficiente experienţe.

Măsurile generale de terapie intensivă în cazul intoxicaţiei acute cu hipnotice, barbiturice şi nebarbiturice.

- Monitorizarea funcţiei respiratorii şi circulatorii :
  - — permeabilizarea căilor respiratorii ;
  - — oxigenoterapie ;
  - — intubaţie sau traheostomie în caz de necesitate.
- Combaterea deshidratării şi reechilibrarea hidroelectrolitică şi susţinerea cordului.
- Evacuarea gastrică :
  - — provocarea vomei cu sirop de Ipeca (25 mg) dacă starea bolnavului o permite ;
  - — spălătură gastrică — dacă bolnavul este comatos ;
  - — după evacuarea gastrică se administrează cărbune.
- Forţarea diurezei cu metanol (Manical, Osmitral).
- *Măsuri de terapie intensivă în supradozajul barbituric*

Doza letală de barbiturice variază de la un produs la altul : fenobarbital 6—10 g, amobarbital, secobarbital, pentobarbital — 2—3 g. Barbituricele cu timp de înjumătăţire scurt şi cu liposolubilitate mare au o toxicitate mai mare şi duc la o instalare mai brutală a simptomatologiei decît cele cu durată lungă de acţiune. Clinic : stare comatoasă, semn Babinski pozitiv, EEGcu perioade de silenitium electric, pupile miotice cu reflex pupilar prezent, dar se poate ajunge la midriază stabilă dacă nu se intervine, respiraţie Cheyne-Stokes, hipotensiune (pînă la starea de şoc), hipotermie, oligoanurie.

Pe lîngă măsurile generale se mai recomandă :

- — stricnină în doze mari (nu toţi autorii accepţă acest punct de vedere) ;
- — hemodializă eficientă în intoxicaţia cu barbiturice cu timp lung de acţiune, hidrosolubile ;
- — dializă folosind filtre liposolubile sau hemoperfuzie cu carbon acrilic hidrogenat sau perfuzie cu rezine absorbante

de lipide — în caz de intoxicaţie cu barbiturice cu timp de acţiune scurt şi liposolubile ;
- creşterea diurezei — pentru intoxicaţia cu ciclobarbital, fenobarbital, allobarbital.

● *Măsuri de terapie intensivă în supradozajul cu cloralhidrat*

Doza toxică este de aproximativ 10 g, dar extremele de variaţie individuală se situează între 4 şi 30 g ; clinic : stare comatoasă cu semne asemănătoare celor din intoxicaţia barbiturică, la care se poate adăuga şi icterul.

Tratamentul este sinonim celui din intoxicaţia barbiturică. Hemodializa şi hemoperfuzia sînt extrem de eficiente.

● *Măsuri de terapie intensivă în supradozajul cu talidomidă*

Doza toxică este de aproximativ 5 g (10—20 g). Funcţia respiratorie este mai puţin lezată decît cea cardiacă. Apar : stare comatoasă cu xerostomie, ileus, atonie vezicală, midriază, hiperpirexie, ± spasme musculare, convulsii.

Terapie :
- susţinere cardiovasculară ;
- hemodializă ;
- administrarea uleiurilor cu silicon sau hidrogel.

● *Măsuri de terapie intensivă în supradozajul cu metilrinol*

Doza letală nu este bine stabilită ; singurul remediu terapeutic : hemodializă, dializă peritoneală.

● *Măsuri de terapie intensivă în supradozajul cu meprobamat*

Supradozajul apare atît prin administrarea medicamentului singur, cît şi prin asocierea lui cu alcool şi antidepresive triciclice. Doza letală (cînd este ingerat singur) este de 12 g (doză unică), dar se poate ajunge pînă la 40 g. Remediul terapeutic — pe lîngă cele descrise la măsuri generale — hemoperfuzia cu rezină AMBERLITEXAD-4 şi forţarea diurezei prin administrarea soluţiilor saline şi/sau furosemid.

● *Măsuri de terapie intensivă în supradozajul cu methaqualonă*

Coma se instalează după 2,4 g, iar moartea după 7 g. Semne clinice : hipertonie, hiperreflexivitate, mioclonii, convulsii, delir. Remediu : măsuri suportive cardiovasculare şi respiratorii, hemoperfuzia cu rezine schimbătoare de ioni, cărbune activ.

● *Măsuri de terapie intensivă în supradozajul cu paraldehidă*

Doza letală variază între 25—150 g. Clinic : dispnee, gastrită hemoragică, semne de acidoză, oligurie, azotemie, hiperleucocitoză. Remediu : măsuri suportive cardio-respiratorii şi hemodializă.

● *Măsuri generale de terapie intensivă în supradozajul cu benzodiazepine*

Toxicitatea benzodiazepinelor este destul de scăzută, comparativ cu a altor droguri ; supradozajul este destul de frecvent dar sechelele sînt aproape nesemnificative ; se consideră doză toxică, doza depăşind 700 mg de diazepam sau clordiazepoxid. Marja de siguranţă este extrem de largă. Măsurile terapeutice sînt cele de susţinere respiratorie şi cardiacă.

Recent, terapia supradozajului benzodiazepinic s-a îmbunătăţit considerabil prin descoperirea unor imidazobenzodiazepine care au efect selectiv antagonist benzodiazepinelor.

● **Măsuri generale de terapie intensivă în sindromul neuroleptic malign**

Deşi rar întîlnit, este de o extremă gravitate ; apare ca formă severă de parkinsonism cu catatonie, tulburări de ritm, hipertermie, hipotensiune, stupor, mioglobinemie. Prodromul îl poate constitui agravarea simptomatologiei psihotice.

Gravitatea constă şi în faptul că el poate apărea chiar la o săptămînă după încetarea tratamentului neuroleptic. Mortalitatea este de 10%.

Terapie :
- întreruperea imediată a administrării neurolepticului ;
- monitorizare şi măsuri de susţinere cardiovasculară ;
- administrarea dentrolenului sau bromocriptinei.

● **Măsuri generale de terapie intensivă în supradozajul cu antidepresive triciclice**

Supradozajul cu triciclice, destul de frecvent, apărut datorită ingestiei în scop suicidar sau prin administrarea la pacienţi cu disfuncţie hepatică sau renală (ceea ce permite acumularea) este extem de grav, de rapiditatea instituirii tratamentului depinzînd salvarea vieţii pacientului. Doza toxică — deşi nu este bine stabilită — a fost raportată de diverşi autori ca fiind între 1 000—2 000 mg.

Clinic se caracterizează prin : nelinişte, mioclonii, convulsii, distonii musculare, instalarea rapidă a comei cu deprimare respiratorie, hiporeflexie, hipotermie, hipotensiune, grave tulburări de ritm cardiac, midriază, oligoanurie.

Tratament :

- lavaj gastric, dacă pacientul este adus în timp util ;
- dializă ;
- diureză forțată ;
- susținerea respirației ;
- susținerea hemodinamică și combaterea acidozei ;
- administrarea fizostigminei ;
- fenitoin și propranolol pentru tratarea tulburărilor de ritm (tonicardiacele și chinidina sînt contraindicate) ;
- diazepam pentru controlarea convulsiilor și diskineziilor ;
- administrarea unui agonist α adrenergic.

Faza comatoasă dispare treptat în 1—3 zile, persistînd apoi o perioadă de delir și de semne anticolinergice. Chiar după trecerea acestei faze este necesară supravegherea funcției cardiace și administrarea medicației antiaritmice.

Măsuri de terapie intensivă în supradozaj cu IMAO

Supradozajul cu IMAO se manifestă clinic prin : agitație, halucinații, hiperreflexivitate, hiperpirexie, convulsii, hipo- sau hipertensiune.

Terapie :

- susținerea respiratorie și cardiacă ;
- administrarea cu prudență a aminelor simpatomimetice și a barbituricelor ;
- hipotermice ;
- menținerea sub observație încă o săptămînă după dispariția semnelor clinice.

Măsuri de terapie intensivă în supradozajul cu săruri de litiu

Clinic : vărsături, diaree gravă, tremor, ataxie, instalarea comei, convulsii.

Terapie :

- susținerea funcțiilor vitale ;
- diureză osmotică, administrarea i.v. de soluție de bicarbonat de sodiu ;
- dializă — singura eficace în cazurile severe.

Măsuri de terapie intensivă în intoxicația acută cu narcotice

Se instituie măsuri de combatere a stării de șoc :

- administrarea de plasmă, izoproterenol, steroizi ;
- menținerea unei ventilații eficiente, eventual respirație artificială ;
- folosirea unui antidot, *numai dacă la consumul de narcotice nu s-a supraadăugat și cel de barbiturice* :
  - Nalorfina : 0,1—0,2 mg/kg corp (pînă la 5—10 mg) ;
  - Levalorphane 0,01—0,02 mg/kg corp (pînă la 0,3—1,2 mg) ;
  - Lorfan.

Măsuri în cazul intoxicațiilor acute cu amfetamine

- Monitorizarea funcțiilor vitale ;
- Combaterea tulburărilor psihice și neurovegetative cu clordiazepoxid și diazepam.
- Unii autori indică folosirea triciclicelor pentru combaterea stării de astenie, fatigabilitate.

Electroșocul protejat

Terapia intensivă în psihiatrie mai are și o altă aplicabilitate extrem de importantă : *electroșocul protejat*, tehnica constînd, succint, în :

- administrarea atropinei ;
- abordarea unei căi intravenoase și menținerea ei prin perfuzarea unei soluții izotone, în ritm lent ;
- administrarea metohexitalului, ca anestezic ;
- administrarea succinilcolinei, ca miorelaxant ;
- instituirea ventilației artificiale cu presiune pozitivă, folosind 100% oxigen ;
- monitorizarea EEG, T.A., EKG ;
- aplicarea electroșocului prin tehnicile descrise (→TERAPIE ELECTROCONVULSIVANTĂ).

Terapeutica intoxicației alcoolice acute. Ca în orice altă intoxicație acută, în coma alcoolică există trei obiective terapeutice : eliminarea alcoolului, administrarea antidotului și menținerea funcțiilor vitale.

Eliminarea alcoolului se poate face prin provocarea vărsăturilor sau spălătură gastrică, prin mărirea aportului de CO_2 pentru a favoriza eliminarea pulmonară a alcoolului și forțarea diurezei.

V. BELIȘ („Aspecte toxicologice, clinice și medico-legale ale alcoolismului") menționează metoda de creștere a ratei de oxidare a alcoolului prin administrarea a 20—30 unități de insulină (în două prize), asociate cu administrarea orală sau parenterală de 2 000—3 000 ml de glucoză 5, 10, 20%. Accelerarea metabolizării alcoolului, după unii autori, se poate face și cu triiodotironină, 200 mg/zi.

Medicația antidot — a devenit clasică administrarea Stricninei (5 mg/kg) ; amfetamine (evitate de unii autori datorită potențialului lor anxiogen și al agitației psihomotorii), Picrotoxin, Pentametilentrazol, Cardiazol (mai puțin folosit astăzi) și, mai ales, vitaminoterapie cu vitaminele grupului B și mai ales cu B_1.

Menținerea funcțiilor vitale implică :

— menținerea echilibrului hidroelectrolitic și termic, dat fiind tendința spre deshidratare și hipertermie, care există în coma alcoolică, prin perfuzarea soluțiilor izotonice (ser, glucoză) și a electroliților (clorură de potasiu, bicarbonat și clorură de sodiu în funcție de ionogramă) ;

— menținerea stării de nutriție prin administrarea de glucoză (5—20%) 2 000—3 000 ml/zi (accelerează și oxidarea alcoolului) ;

— vitaminoterapia cu vitaminele grupului B (200—500 mg/zi), vitamina C (1 000—2 000 mg) și anureină (100—300 mg/zi) ;

— administrarea analepticelor cardiovasculare prin prevenirea sau combaterea colapsului și eventual asigurarea respirației asistate ;

— resuscitarea chimică a respirației cu micoren, amifenazol ;

— oxigenoterapie ;

— profilaxia și combaterea infecțiilor pulmonare cu antibioterapie.

În comele grave se recomandă folosirea analepticelor centrale de tip : metilfenidat, megimid. În cazurile extreme este recomandată hemodializa.

204. **TERAPIE MEDICAMENTOASĂ DE ÎNTREȚINERE** (cf. gr. *therapeia* „îngrijire") ● În chimioterapie noțiunea reprezintă acea fază a tratamentului în care are loc reducerea sistematică a dozajului medicamentului (medicamentelor) pînă la nivelul minim care asigură protejarea bolnavului față de o nouă agravare a afecțiunii.

În psihiatrie, termenul de tratament de întreținere are o valoare specială în cazul afecțiunilor psihotice, vizînd prevenirea sau temporizarea recidivelor, îndeosebi în psihozele schizofrenice (→ CURA NEUROLEPTICĂ).

După opinia majorității autorilor, chimioterapia de întreținere este indispensabilă în cea mai mare parte a cazurilor de schizofrenie, cu corectările necesare sub stricta supraveghere a psihiatrului (care este și singurul în măsură să decidă sistarea, după caz, a tratamentului).

În psihozele afective, monopolare sau bipolare, terapia medicamentoasă de întreținere se caracterizează, în general, prin reducerea dozelor zilnice de ortotimizant (ca și de neuroleptic, anxiolitic) la circa jumătate din cele necesare fazei menținerii în platou. Se va avea grijă ca administrarea sedativului să se facă în a doua parte a zilei, către seară, atît pentru a evita ca efectele secundare să impieteze asupra reluării activității cotidiene a pacientului, cît și pentru asigurarea somnului.

Faza de întreținere a tratamentului în cazul acestor psihoze reprezintă și momentul favorabil introducerii litium-profilaxiei (→ LITIU), cu tot ceea ce implică aceasta (alegerea tipului de săruri de litiu, dozarea ritmică a litemiei, ajustarea dozelor etc.).

În nevroze, deși de cele mai multe ori necesară, terapia medicamentoasă de întreținere este supusă în mare măsură caracterului specific al bolnavului și este subordonată relației psihoterapeutice pe care acesta o realizează cu medicul psihiatru.

În privința duratei terapiei medicamentoase de întreținere, opiniile diferiților autori sînt variabile, dar converg asupra următoarelor direcții : orice episod psihotic apărut pentru prima dată trebuie să beneficieze de terapie neuroleptică de întreținere minimum timp de un an ; intervenția celui de al doilea episod psihotic impune continuarea terapiei minimum timp de doi ani, iar celui de al treilea — pe o durată nelimitată.

În cazul psihozei maniaco-depresive, cu remisiuni integrale la nivelul personalității anterioare a bolnavului, chimioterapia de întreținere cu antidepresive se apreciază a fi utilă șase luni, timp în care se instituie litium-profilaxia care, în cazurile cu răspuns favorabil, va fi continuată nedefinit.

În nevroze (exceptînd cazurile cronicizate), terapia medicamentoasă de întreținere durează circa trei luni, putînd fi completată de cura de sanatorizare. Accentuînd asupra riscului apariției recăderilor în cazul întreruperii intempestive a tratamentului (uneori la inițiativa bolnavului), o importanță deosebită o are menținerea unui control atent și sistematic al medicului psihiatru asupra pacientului său, ca și, în multe situații, colaborarea eficientă din partea familiei acestuia.

Asocierea, la terapia medicamentoasă, a măsurilor psihoterapice și socioterapice facilitează reintegrarea sociofamilială a bolnavului.

205. **TERAPIE — prin joc** → LUDOTERAPIE.

206. **TERAPIE OCUPAȚIONALĂ** → SOCIALE - terapii.

207. **TERAPIE PSIHIATRICĂ** ● Constituirea și consolidarea arsenalului terapeutic psihi-

tric, a cunoscut o istorie paralelă cu cea a conceptului de boală psihică, evoluînd de la practicile exorciste (pe care le-am putea asimila astăzi unei pseudopsihoterapii preştiinţifice), pînă la era neurolepticelor şi a psihoterapiei ştiinţifice. Terapia psihiatrică modernă s-a dezvoltat mai ales în ultimul secol şi a cunoscut o amploare deosebită în ultimele decenii (la data apariţiei acestei lucrări, numai numărul substanţelor benzodiazepinice a depăşit cu mult cifra de 2 000), medicaţia psihotropă reprezentînd în ultimul timp nu numai un mijloc de iatrie, ci şi un posibil mijloc de iatrogenie, printr-o administrare abuzivă şi necorespunzătoare, precum şi prin autoadministrare (fantezistă şi incorectă), omul contemporan fiind supus ritmului trepidant al vieţii, generator de stres.

Istoria terapiei psihotrope începe încă din epocile primitive în care erau utilizate cu scop sedativ-hipnotic diferite extracte vegetale şi combinaţii ale acestora. Asirienii foloseau haşişul, incaşii — coca, romanii — opiul, grecii — beladona; cercetări recente relevă faptul că, pe teritoriul ţării noastre, în acea perioadă, erau utilizate peste 400 de plante şi combinaţii de plante, constituindu-se o adevărată farmacologie naturală. Pentru aproape toate civilizaţiile, unul dintre primele anxiolitice şi antidepresive a fost alcoolul, care îşi păstrează şi astăzi în concepţia laică aceste atribute. Plantele, alături de practicile religioase au constituit arsenalul terapeutic pînă în secolul al XVIII-lea, cînd începe o nouă eră prin descoperirea de către Albert von HALLER a acţiunii psihice a opiului. La începutul secolului al XIX-lea (1804), Ch. DEROSENE a reuşit să extragă morfina din opiu, iar un an mai tîrziu, SEGUIN a obţinut substanţa cristalină. Din 1850, HETTE a folosit bromurile, care au fost ulterior denumite, de VOISIN şi Legrand du SAULLE, „botniţa epilepticului".

Începutul unei noi ere este marcat de descoperirea de către Adolf BAYER, în 1863, a acidului barbituric, descoperire care va fi urmată de o avalanşă de sinteze ale barbituricelor, al căror număr va depăşi într-un secol cifra de 3 500. Bromurile şi barbituricele vor domina scena chimioterapiei pînă aproape de jumătatea secolului al XX-lea, cînd BERGER şi BRADLY descoperă (în 1946) mefenesina şi, ulterior, derivaţii propandiolici — meprobamatul —, care sînt lansate alături de barbiturice. Încă din 1930 încep studii care se vor solda cu lansarea, de către firma Roche, în psihofarmacologie, în a doua jumătate a secolului al XX-lea, a benzodiazepinelor, substanţe care devin rapid tranchilizantele cu cea mai mare utilizare clinică.

O adevărată revoluţie a psihofarmacologiei s-a produs prin descoperirea, în 1950, de către CHARPÀNTIER, a clorpromazinei, primul neuroleptic sintetizat. Introducerea neurolepticelor a deschis o nouă eră în terapia psihiatrică, ele fiind principalele arme curative ale afecţiunilor psihotice. Gama lor s-a lărgit şi se dezvoltă în continuare într-un ritm rapid. Desigur că nici hipnoticul, nici sedativul şi nici neurolepticul ideal, cu acţiune precis ţintită şi lipsită de efecte adverse, nu au fost descoperite încă, dar apropierea de acest deziderat devine o speranţă întemeiată în actualul stadiu al cercetărilor psihofarmacologice.

Un alt moment crucial în dezvoltarea terapiei psihiatrice este marcat de Congresul Mondial de Psihiatrie din 1957 de la Zürich, cînd două comunicări anunţau simultan obţinerea unor rezultate importante în tratamentul simptomatologiei depresive cu imipramină (KUHN) şi, respectiv, iproniazidă (KLINE), marcîndu-se astfel începutul introducerii antidepresivelor în psihofarmacologie. Antidepresivele cuceresc rapid adeziunea clinicienilor, în scurt timp apărînd o multitudine de produşi sintetizaţi cu acţiune antidepresivă ţintită şi efect modulator asupra anxietăţii şi a simptomatologiei vegetative. S-a ajuns astfel la un potenţial terapeutic deosebit de variat şi de bogat, care oferă clinicianului posibilitatea de a aborda cu mult mai mult curaj (dar şi competenţă) tratarea afecţiunilor psihiatrice, care timp de secole au fost considerate incurabile.

Vastul domeniu al psihofarmacologiei ridică însă numeroase probleme, unele soluţionate, altele însă aflate încă în stadiul discuţiilor. Se pune astfel problema interacţiunilor şi asociaţiilor medicamentoase, a cărei rezolvare presupune cunoaşterea perfectă a efectelor medicamentelor asociate. Asociaţia medicamentoasă este o armă excepţională, dar este o armă „cu două tăişuri", pentru că, greşit aplicată, nu numai că nu-şi atinge scopul, dar poate crea o nouă patologie. O altă problemă este cea a modificării tabloului psihopatologic, în sensul că prin folosirea neurolepticelor se remite puseul psihotic, dar în urma lui rămîn efectele impregnării care trebuie cunoscute şi tratate. Folosirea antidepresivelor conduce (şi acesta este un semn al eficienţei) la virajul spre manie; antidepresivele stimulatoare ridică inhibiţia înaintea ameliorării depresiei în sine, ceea ce facilitează trecerea la actul suicidar.

Clinicianul este astfel supus unui examen extrem de dificil. Lui i se cer nu numai competență, profesionalitate reală, tehnicitate în stabilirea tratamentului, ci și o mare disponibilitate afectivă, flexibilitate, optimism și tenacitate, aceste ultime trăsături fiind imperios necesare psihiatrului, pentru că boala mintală îl plasează pe terapeut într-o relație medic-pacient deosebită de a tuturor celorlalte specialități medicale. Oricît de vast ar fi potențialul psihofarmacologic pe care psihiatrul îl are la îndemînă, succesul terapeutic nu se poate obține decît printr-o apropiere „pas cu pas", progresivă și dificilă, de suferindul psihic. De multe ori, acesta nici nu-și recunoaște statutul de bolnav, nu-și exprimă deci dorința de a fi vindecat, nu de puține ori refuză colaborarea. Din aceste motive, în psihiatrie nu este importantă numai prescrierea unui tratament corect ; la fel de important este și modul cum este aplicat acest tratament. Nicăieri tratamentul nu este atît de individualizat și de nuanțat pentru fiecare bolnav în parte ca în psihiatrie și nicăieri nu este mai condamnabil dogmatismul terapeutic. Atitudinea clinicianului psihiatru trebuie să fie maleabilă în funcție de caz, utilizînd o gamă largă de procedee, de la psihoterapie, la chimioterapie și uneori chiar la terapii de șoc.

În fața marilor urgențe psihiatrice, atunci cînd trebuie intervenit rapid și eficace, cînd chimioterapia — care cere un timp pentru a-și dovedi eficiența — este momentan ineficientă, există posibilitatea aplicării terapiilor de șoc. Dintre multiplele tehnici apărute la începutul secolului (șocuri piretoterapeutice : vaccinuri, malarioterapie), șocuri convulsivante se mai utilizează două metode : electroterapia, introdusă de CERLETTI și BINI în 1937, și terapia insulinică — cura Sakel. În ultimă instanță, atunci cînd tot acest potențial terapeutic a fost epuizat fără a se obține nici o ameliorare, s-a recurs — numai în cazuri judicios selecționate — la psihochirurgie (leucotomie, introdusă de MONIZ și Almeida LIMA, în 1936, șf perfecționată ulterior). Potențialului chimioterapeutic și electroconvulsivant i se adaugă, în ultimul secol, potențialul psihoterapeutic, bazat pe stabilirea unei relații speciale de comunicare interumană.

Prima formă de psihoterapie individuală — psihanaliza — a fost introdusă de FREUD, în 1895, fiind urmată de alte metode analitice. Analiza introdusă de JUNG, în 1916, analiza existențială, introdusă, în 1941, de BINSWANGER, psihoterapia nondirectivă, introdusă de ROGERS în 1951, psihoterapia introdusă de BALINT, în 1972, sînt alte psihoterapii dialectice individuale. Terapia sugestivă și hipnotică, cea mai veche metodă psihoterapică, descrisă încă din vremea civilizației sumeriene își păstrează încă actualitatea mai ales în cazurile cu simptomatologie funcțională. În ultimele decenii, au fost introduse de către SCHULTZ și JACOBSON, psihoterapiile de relaxare, îmbogățite și diversificate de AJURIAGUERRA, ALEXANDER, CLOTZ etc., precum și bio-feedback-ul, introdus în anii 1970, în SUA, de M. MILLER. Derivată din hipnoză este subnarcoza barbiturică, a cărei introducere în psihoterapie este legată de numele lui HORSLEY (Anglia) și BLECKWENN (SUA). Un aport deosebit în dezvoltarea psihoterapiilor l-a avut introducerea terapiilor comportamentale, cu sorginte în teoria behavioristă și în cea pavlovistă.

La începutul secolului, existau metode de psihoterapie practicate în afara psihiatriei : metoda „claselor", introdusă de PRATT, în 1905, în tratarea bolnavilor tuberculoși și asimilată ulterior psihoterapiei, generînd psihoterapii de grup. În 1930, J. L. MORENO lansează o nouă metodă psihoterapeutică, sub influența curentului psihanalist, dar și al marilor mișcări avangardiste : psihodrama, care în prezent se bucură de un interes redus, mult mai folosite fiind tehnicile derivate din ea : jocul în oglindă, răsturnarea rolurilor, psihodrama halucinatorie, hipnodrama, psihodrama familiei, jocul psihodramatic, psihodrama analitică. După cel de-al doilea război mondial, sub influența lucrărilor lui ACKERMAN, dar și în urma dezvoltării deosebite a studiilor privind relațiile sociofamiliale, se dezvoltă terapia familiei, al cărei interes este foarte actual.

Angajarea în demersul terapeutic psihiatric reprezintă o problemă dificilă, în care primul obstacol de învins este cel al stabilirii unui diagnostic corect și al evaluării prognosticului ; de aceasta depinde atitudinea terapeutică. Principalele terapii folosite în practica curentă pot fi grupate în trei clase :

- Terapii biologice de profil chimioterapic :
  — psihodisleptice ;
  — psihoanaleptice ;
  — psihoizoleptice.
- Terapii biologice speciale :
  — electroterapia ;
  — insulinoterapia ;
  — psihochirurgia.

- Psihoterapii :
  - individuale :
    - — dialectice ;
    - — sugestive și hipnotice ;
    - — comportamentale ;
    - — ale creativității.
  - colective :
    - — de grup ;
    - — psihodrama ;
    - — familială ;
    - — socioterapia.

208. **TERAPIE DE RELAXARE ÎN GRUP LA CONVALESCENȚII DE INFARCT MIOCARDIC** ● Metodă preluată din tehnicile de relaxare concepute de AJURIAGUERRA ; acesta își propune abordarea psihoterapeutică (complementară programului de readaptare fizică) a pacienților care au suferit un infarct miocardic.

Bazată pe „dialogul tonic", metoda de relaxare în grup urmărește identificarea trăirilor corporale cu conflictele intra- și interpersonale, caracterizate printr-o coloratură distinctă în cazul acelor personalități denumite de psihosomaticieni „coronariene".

Sînt indicați pentru această terapie toți bolnavii care au suferit un infarct miocardic și care manifestă interes pentru metoda propusă.

Concepută într-o serie de 12 ședințe (o ședință pe săptămînă), la care asistă obligatoriu și un cardiolog, în timpul perioadei de convalenscență (de la trei săptămîni la doi ani), la bolnavi în jurul vîrstei de 50 de ani, metoda urmărește destinderea psihologică a acestora. Astfel, verbalizarea angoasei în fața morții, evitată pînă atunci, va începe să aducă „ușurare", făcîndu-i pe subiecți să accepte, într-o oarecare măsură, boala coronariană ca pe un nou mod de viață și nu ca pe o dovadă insuportabilă a propriei vulnerabilități (H. BRÄNDI și colab., 1979). În prezența cardiologului și a terapeutului, bolnavul coronarian va avea posibilitatea să-și exteriorizeze trăirile corporale și să accepte intervențiile psihoterapeutului, fără a se simți lezat.

209. **TERAPIE** — **strategii** → STRATEGIE TERAPEUTICĂ.

210. **TERATO-** (cf. gr. *teras* „monstru") ● Element de compunere care introduce semnificația de „monstru, monstruozitate".

211. **TERATOFOBIE$^{(F)}$** (cf. *terato-* ; gr. *phobos* „frică") ● Teamă de a da naștere unor copii cu malformații sau unor adevărați monștri, manifestată în schizofrenie, nevroză obsesivo-fobică, isterie, depresii, reacții. Prin extrapolare, termenului i se acordă și înțelesul general de frică de monștri.

212. **TERATOGENE** — **efecte ale alcoolului** (cf. gr. *teras* „monstru" ; *gennan* „a naște") ● Abuzul de alcool în timpul sarcinii are multiple efecte nocive asupra produsului de concepție, atît prin acțiunea directă, cît și prin perturbările multiple pe care le implică (de nutriție, îngrijire prenatală deficientă, eventual consumul altor droguri). Acest efect nociv al alcoolului asupra produsului de concepție este semnalat de medici din cele mai vechi timpuri. În Roma și Grecia Antică se consideră că abuzul de alcool al părinților (indiferent care dintre ei) este responsabil de debilitatea fizică și/sau mintală a copilului.

Dat fiind contextul factorilor socioeconomici pe care consumul de alcool îl implică, rolul său teratogen este încă dificil de apreciat, multe dintre concluziile studiilor actuale bazîndu-se pe extrapolarea datelor experimentale.

În ceea ce privește configurația epidemiologică a acestui efect teratogen, datele comunicate sînt diferite de la un autor la altul.

V. BELIȘ („Aspecte toxico-clinice și medico-legale în etilism") citează datele autorilor francezi (Le MOINE) care, în urma unui studiu efectuat pe 127 de copii născuți de părinți alcoolici, au constatat că 25 au prezentat diferite malformații (dintre care cele mai frecvente erau retardările psihomotorii), și a unor autori americani care, studiind 23 de copii născuți din mame alcoolice, au constatat că patru dintre ei au murit în prima săptămînă, iar 13 prezentau retardare mintală la vîrsta de șapte ani.

Nu toate efectele teratogene ale alcoolului devin manifeste imediat după naștere ; anumite tulburări biochimice pot persista un timp în fază de latență, evidențiindu-se clinic mai tîrziu.

Deși încă nu poate fi afirmat cu certitudine, se pare că alcoolul acționează la nivel cromozomial alterînd calitatea ovulului și spermatozoidului fecundant și deci a produsului de concepție. Asocierea acestui fapt cu o lipsă de îngrijire prenatală conduce la creșterea incidenței avorturilor și a nașterilor de feți morți. Studiile experimentale pe animale au confirmat creșterea incidenței avorturilor în cazul consumului cronic de alcool de către femelă în timpul sarcinii.

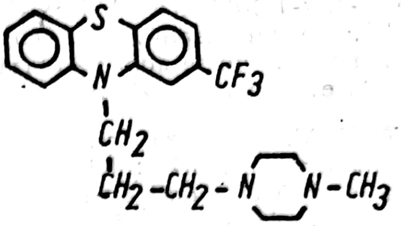
Autorii moderni consideră că la baza efectului teratogen al alcoolului ar putea sta și modificări placentare. Embriotoxicitatea apare datorită faptului că alcoolul, avînd o moleculă mică, iar distribuția lui nefiind legată de liposolubilitate, străbate cu ușurință bariera placentară, trecînd la făt într-o concentrație egală cu cea din singele matern, avînd predilecție pentru ficat, miocard și măduva osoasă. Sarcina nu modifică rata metabolizării alcoolului. Echilibrul dintre alcoolemia fătului și cea a mamei se produce la 60 minute de la ingestia alcoolului. La 30 de minute după naștere, alcoolemia mamei și a copilului sînt egale ; la patru ore post-partum, la mamă rata eliminării alcoolului este de două ori mai mare decît a nou-născutului (capacitatea acestuia de a metaboliza alcoolul este mult mai scăzută decît a adultului).

Deși rezultatele cercetărilor privind efectele expunerii fătului la alcool în timpul sarcinii nu sînt concludente, se afirmă totuși că aceasta are o serie de consecințe negative asupra dezvoltării fizice și mentale a produsului de concepție. „Sindromul de alcoolism fetal" este datorat atît efectului embriotoxic al alcoolului, cît și condițiilor precare de nutriție (deficit proteic, avitaminoze) și îngrijire prenatală pe care alcoolismul le determină.

213. **TERATOLOGIE** (cf. *terato-* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Disciplină care studiază anomaliile de structură, malformațiile, viciile de conformație ale viețuitoarelor.

214. **TERCIAN**$^{(M)}$ Franța — DCI *Ciamemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-/3-(dimetilamino)-2-metilpropil/fenotiazină-2-carbonitril, cu acțiune sedativ-anxiolitică, indicat în reacții și psihogenii. Are efecte secundare modeste.

215. **TERENAC**$^{(M)}$ Olanda, Spania — DCI *Mazindol* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat clorfenilisoindolic, de tip 5-(p-clorfenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo/2,1-a/isoindol-5-ol, fără efecte simpaticomimetice. Indicat în astenii severe, sevraj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor și ale anticonvulsivantelor în tratamentele de lungă durată.



216. **TERFLUZIN(E)**$^{(M)}$ Elveția, Franța, Suedia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiaizinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil) propil/-2-trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice, efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice fiind mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

217. **TERIFIANT** (cf. fr. *terrifier* : vezi lat. *terrere* „a înspăimînta") ● Calificativ atribuit unor lucruri, ființe sau fenomene care produc groază. În clinica psihiatrică pot îmbrăca aspect terifiant visele (coșmaruri), halucinațiile.

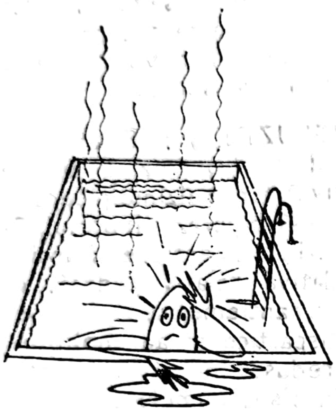
218. **TERIFIANTE**$^{(H)}$ **halucinații** ● Halucinații producînd groază subiecților care prezintă acest tip de tulburări de percepție. Este vorba, în special, de halucinații vizuale complexe sau halucinații auditive. Efectul înspăimîntător se citește uneori în mimica bolnavului, în gesturile de apărare, în reacțiile comportamentale : fugi, acte agresive, suicidare. Se întîlnesc în afecțiuni neurologice, schizofrenie, în onirismul infecțios, toxic (alcoolism, droguri), halucinoză pedunculară, în cursul bufeelor delirante, al stărilor crepusculare, epileptice etc.

219. **TERIL**$^{(M)}$ Israel — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antalgică, avînd indicații în consecință. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

220. **TERIVAN**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic

de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii şi vîrstnici.

221. **TERMALĂ — cură** (cf. fr. *thermale* : vezi gr. *thermos* „căldură" ; lat. *thermae* „băi calde") ● Metodă terapeutică constînd în asocierea hidroterapiei cu psihoterapia, mai ales cu tehnici de relaxare. Metoda hidroterapică este cunoscută şi folosită încă din antichitate, bazele ei moderne fiind puse de L. VIDARD.



Sînt folosite imersiile în băi cu apă la diferite temperaturi, duşurile cu apă rece, caldă sau de temperatură progresiv scăzută, cu presiune şi de durată variabile, în funcţie de efectul scontat. Astfel, duşurile la o temperatură a apei între 7—30°C au efect predominant tonifiant, dar reclamă o stare generală bună a pacientului ; duşurile cu apă între 30—35°C au efect tonico-sedativ, dacă sînt aplicate timp de două minute, iar cele cu temperatură peste 35°C sînt tonice, excitante. Presiunea mare a jetului de apă are efect tonic, iar cea scăzută are efect sedativ. Duşurile sînt asociate cu băi calde, tehnici de relaxare, masaje simple sau subacvatice. Aceste tehnici sînt indicate în stările nevrotice, inclusiv cele aparţinînd unei simptomatologii psihosomatice, în stările anxioase, psihastenice şi hipocondriace, în stările de epuizare, cefaleea rebelă la tratament, insomnii, afecţiunile psihosomatice (în afara puseelor acute), pacienţilor aflaţi în perioada de dezintoxicare după abuz de psihotrope.

222. **TERMAN Lewis Madison** (1877—1956)● Psiholog american, născut în statul Indiana, a studiat la Universitatea Clark, unde, în 1905, a obţinut doctoratul în psihologie şi al cărui nume rămîne legat de testarea inteligenţei.

Debutul profesional l-a făcut la Los Angeles, iar din 1910 a funcţionat la Universitatea din Stanford, unde a condus departamentul de psihologie timp de două decenii (pînă în 1943). A introdus în SUA şi a etalonat pe populaţia americană scara metrică de inteligenţă Binet-Simon (prima revizie, din 1916, este cunoscută sub numele de scala Stanford-Binet, iar a doua, din 1937, sub numele de scara Terman-Merrill).

În 1921 a început un experiment de o deosebită amploare într-o serie de şcoli californiene asupra copiilor supradotaţi (QI>140), copii ale căror performanţe intelectuale s-au dovedit ulterior inferioare expectanţelor prin testările efectuate după cîteva decenii. Rezultatele experimentului amintit au constituit materialul celor cinci volume de note şi observaţii (ultimul apărut postum, în 1959), „Studiul genetic al geniului". În opinia lui TERMAN inteligenţa nu mai are o curbă de creştere, după vîrsta de 14 ani, QI (maxim în jurul vîrstei de 14 ani) rămînînd relativ constant de-a lungul anilor.

Concluziile lui TERMAN privind adaptabilitatea geniului sînt în totală contradicţie cu mai vechile păreri de origine lombrosiană, care considerau geniul ca neadaptabil, excentric şi predispus spre îmbolnăviri psihice : persoanele cu o dotare intelectuală superioară sînt mult mai adaptabile social, au aptitudini de conducere şi un grad de sănătate mai ridicat.

TERMAN este cunoscut totodată ca fiind autorul unor teste educaţionale, de explorare a personalităţii şi este colaborator la realizarea bateriilor „Alfa" şi „Beta-Army test", utilizate de SUA în selectarea recruţilor din timpul primului război mondial.

Printre lucrările de referinţă ale psihologului american se înscriu : „Măsurarea inteligenţei" (1919) şi „Factorii psihologici ai fericirii conjugale" (1939).

223. **TERMAN-MERRILL$^{(T)}$ test** ● Variantă adaptată pentru SUA în 1937, a scalei de inteligenţă Binet-Simon (→ BINET$^{(T)}$ test).

224. **TERMICĂ — lege a delincvenţei** (cf. gr. *thermos* „cald") ● Relaţie existentă între climat, forma şi periodicitatea criminalităţii ; s-au observat crime mai sîngeroase şi o criminalitate mai violentă în regiunile mai calde şi mai frecventă în perioada verii ; delincvenţa împotriva proprietăţii este mai frecventă în ţările temperate şi reci, în special în perioada anotimpului rece.

225. **TERMIRAN$^{(M)}$** Brazilia — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propriofenonă ; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu

performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor și efect anorexigen apropiat fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO; în timp poate determina farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

226. **TERMOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *thermos*; *phobos* „frică") ● Teamă patologică de căldură, care poate apărea alături de alte fobii în nevroza fobică, decompensările psihasteniei, hipocondrie.

227. **TERMOTROPISM** (cf. gr. *thermos*; *trope* „răsucire, întoarcere") ● Caracteristică a regnului vegetal și animal, reprezentînd o formă de adaptare la mediu prin reacții orientative sau de deplasare, legate de modificările de temperatură. Se poate observa tendința spontană a copiilor de a se așeza în clasă mai aproape de sursele de căldură, în jurul cărora temperatura este mai ridicată.

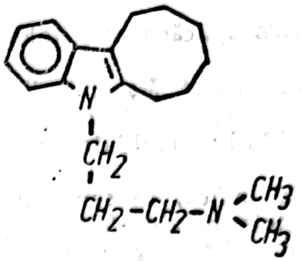
228. **TEROARE NOCTURNĂ INFANTILĂ** (cf. lat. *terror* „spaimă") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PAVOR NOCTURN.

229. **TERONAC**$^{(M)}$ Anglia, Austria, Canada, Germania — DCI *Mazindol* ● Psihostimulent derivat clorfenilisoindolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TERENAC$^{(M)}$ Olanda, Spania.

230. **TERPIUM**$^{(M)}$ SUA — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

231. **TERRY-MacLACHLAN-LOWE**$^{(S)}$ **sindrom** — sin. BICKEL-LOWE$^{(S)}$ sindrom; OCULO-CEREBRO-RENAL FANCONI$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LOWE$^{(S)}$ sindrom.

232. **TERTRAN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Iprindol* ● Antidepresiv timoleptic, derivat indolic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil-6,7,8,9,10,11-hexahidro-5H-ciclooct/b/indol, cu acțiune antidepresivă medie, dar cu o rapidă eficiență, fără efecte secundare; nu se asociază cu IMAO.



233. **TESOPREL**$^{(M)}$ Germania — DCI *Bromperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-bromfenil)-4-hidroxipiperidino/-4'-fluorobutirofenonă, cu performanțe asemănătoare haloperidolului, efectele sedative fiind mai marcate, iar cele secundare mai diminuate → BUTIROFENONE.

234. **TEST** (engl. *test* „probă") ● Probă psihologică standardizată, care măsoară și descrie un aspect al comportamentului. Apariția și dezvoltarea testului trebuie privită în contextul manifestării unui interes crescut pentru diferențele individuale, în contextul evoluției psihologiei experimentale și al necesităților practicii medicale și educaționale de la sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea.

Termenul de test mintal s-a impus, după utilizarea experimentală a metodei pe care o semnifică, printr-un articol publicat de J. Mc. K. CATTELL în 1890, în revista „Mint", în care a prezentat două serii de cîte zece teste aplicate unor studenți ai Universității Pennsylvania, în scopul determinării nivelului lor intelectual. În majoritatea lor aceste teste, ca și altele din aceeași perioadă, măsurau funcții senzoriale simple: discriminarea greutăților, viteza mișcărilor etc. A. BINET și T. SIMON au publicat, în 1905, „Scara metrică de inteligență", elaborată în scopul depistării copiilor cu deficiențe intelectuale, necesitînd o educație specială. Apariția scării Binet-Simon a trezit un mare interes în rîndul specialiștilor, fiind tradusă și adaptată în numeroase țări, constituind în același timp un moment crucial în dezvoltarea ulterioară a testelor. Acestea încep să devină tot mai numeroase și să abordeze funcții psihice tot mai complexe. În prezent, numărul testelor este de ordinul miilor și sînt aplicate în domenii de activitate foarte variate: clinică, școală, industrie etc. În psihiatrie, testele sînt utilizate în scopul obținerii unor informații privind trăsăturile de personalitate și comportamentul bolnavilor examinați, depistării unor tulburări psihice, evaluării severității acestora, precum și pentru evaluarea rezultatelor obținute în urma aplicării diferitelor metode terapeutice.

Pentru ca un test să-și îndeplinească în mod adecvat funcția sa de măsurare trebuie să aibă anumite calități : fidelitate, validitate, sensibilitate.

Fidelitatea indică, în sens larg, gradul în care diferențele individuale care apar în scorurile testului se datorează unor diferențe reale privind caracteristica psihică măsurată sau sînt întîmplătoare (ANASTASI, 1976). Ea poate să apară sub forma stabilității, în care rezultatele obținute prin aplicarea de două ori a aceluiași test trebuie să aibă o corelație ridicată (fidelitate test-retest), sub forma omogenității, în care scorurile testului aplicat acelorași subiecți sînt împărțite în două jumătăți egale, iar corelația dintre ele trebuie să fie ridicată (fidelitatea prin înjumătățire) și sub forma consistenței inter-itemuri, calculată cu ajutorul formulei Kuder-Richardson, care ia în considerație proporția subiecților care rezolvă și proporția subiecților ce nu rezolvă fiecare item. Se consideră că fidelitatea este bună atunci cînd coeficienții care o măsoară sînt în jurul valorii de 0,80.

Validitatea arată dacă un test măsoară într-adevăr ceea ce și-a propus să măsoare. În general, toate procedeele pentru determinarea validității au în vedere existența unei relații între rezultatele la teste și alte fapte, observabile independent, despre comportamentul măsurat (criteriu). Un criteriu îl poate constitui : scorul altui test, notele școlare, alte măsuri obiective ale comportamentului. Validitatea poate fi predictivă, cînd arată în ce măsură subiecții care obțin rezultate bune la test obțin rezultate bune și în activitatea practică în care trăsătura măsurată de test este importantă (ROȘCA, 1972), sau de conținut, cînd arată gradul în care comportamentul măsurat este reprezentat adecvat prin itemii testului.

Sensibilitatea se referă la finețea diferențierii subiecților prin scorurile testului. Ea este cu atît mai bună cu cît numărul treptelor în care pot fi clasificați subiecții este mai mare.

Pentru ca rezultatele obținute la teste să fie comparabile, administrarea și notarea lor trebuiesc făcute în mod uniform pentru toți subiecții. De asemenea, este necesar ca testele să fie etalonate, adică rezultatele obținute să fie raportate la un lot de referință, testat anterior, iar scorurile să fie prelucrate statistic pentru a stabili rata de distribuție normală. Testele pot fi clasificate : după modul de administrare (teste individuale și teste colective) ; după modul de răspuns (teste hîrtie-creion, teste verbale, teste de performanță) ; după vîrsta subiecților (teste pentru adulți, teste pentru copii) ; după comportamentul măsurat (teste de inteligență, teste de personalitate, teste de aptitudini, teste de cunoștințe).

ABRUTKOV-ENICHEET$^{(T)}$ **test** — încercare de etalonare a gradului remisiei schizofrene — Vol. I ; A. 38 ; p. 19.

ABSURDITATE$^{(T)}$ **test** — rezistența gîndirii logice și modificările calitative — Vol. I ; A. 54 ; p. 25.

ACHENBACH$^{(T)}$ **test** — folosit în clinica infantilă, calități diagnostice excepționale (J. D. CAL, 1986) — Vol. I ; A. 98 ; p. 38.

ALEKSANDROVSCHI$^{(T)}$ **test** — aprecierea efectelor tranchilizantelor — Vol. I ; A. 439 ; p. 130.

ALEXANDER$^{(T)}$ **test** — scală de performanțe „ALEX" — Vol. I ; A. 446 ; p. 131.

ALTERNATIVE$^{(T)}$ **teste** — alegere între răspunsuri multiple — Vol. I ; A. 517 ; p. 147.

AMTHAUER$^{(T)}$ **test** — inteligență verbală, calcul, construcție — Vol. I ; A. 641 ; p. 176.

ANALOGIE$^{(T)}$ **test** — capacitate de raționament și corelație — Vol. I ; A. 703 ; p. 191.

ANTONIME$^{(T)}$ **test** — înțelegerea limbajului, a cuvintelor — Vol. I ; A. 884 ; p. 241.

A.P.T.$^{(T)}$ **test** — „Academic Promise Test"/ succesul școlar — Vol. I ; A. 999 ; p. 267.

ARTHUR GRACE$^{(T)}$ **test** — măsurarea inteligenței generale — Vol. I ; A. 1 057 ; p. 290.

ARTHUS$^{(T)}$ **test** — testul satului — evaluarea capacității imaginative la copil — Vol. I ; A. 1 058 ; p. 290.

ASAMBLAJ$^{(T)}$ **test** — teste nonverbale de performanță — Vol. I ; A. 1 068 ; p. 292.

ASOCIAȚIE$^{(T)}$ **test** — psihodiagnoza personalității — Vol. I ; A. 1 117 ; p. 308.

BABY$^{(T)}$ **test** — investigarea preșcolarului (GESELL) — Vol. I ; B. 10 ; p. 366.

BARAJ$^{(T)}$ **test** — evaluarea capacității prosexice — Vol. I ; B. 51 ; p. 373.

BARR$^{(T)}$ **test** — evidențierea sexului genetic cu ajutorul cromatinei (BARR, BERTRAM, 1948) — Vol. I ; B. 75 ; p. 380.

BARUK$^{(T)}$ test — „capacitatea de judecată morală" (1950) — Vol. I ; B. 79 ; p. 381.

BECK$^{(T)}$ scală — evaluarea depresiei (1961) — Vol. I ; B. 111 ; p. 388.

BEHN-ESCHENBERG$^{(T)}$ test — variantă RORSCHACH$^{(T)}$ test (1952) — Vol. I; B. 117 ; p. 389.

BEHN-RORSCHACH$^{(T)}$ test — variantă RORSCHACH/ZULLINGER — Vol. I; B. 118; p. 389.

BELLAK$^{(T)}$ test — investigarea copiilor sub 10 ani — Vol. I ; B. 127 ; p. 390.

BENDER$^{(T)}$ test — „structurarea vizuală" la copil — Vol. I ; B. 138 ; p. 392.

BENTON$^{(T)}$ test — evidenţierea deteriorării mnestice — Vol. I ; B. 158 ; p. 395.

BERNREUTER$^{(T)}$ test — inventar de personalitate (1931) — Vol. I ; B. 180 ; p. 400.

BERNSTEIN$^{(T)}$ test — explorarea nivelului intelectual (1911) — Vol. I ; B. 182 ; p. 400.

BERRO$^{(T)}$ test $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHN-ESCHENBERG$^{(T)}$ test — Vol. I ; B. 117 ; p. 389.

BESTIAR$^{(T)}$ test — identificări zoomorfice ale copilului — Vol. I ; B. 190 ; p. 401.

BIDEMA$^{(T)}$ test — sin. BIDEMA-WARTEGG$^{(T)}$ test (1969) — Vol. I ; B. 222 ; p. 412.

BINET$^{(T)}$ test — sin. BINET-SIMON$^{(T)}$ test ; scala de metrică inteligenţă — Vol. I ; B. 243 ; p. 415.

BINOIS-PICHOT$^{(T)}$ test — inteligenţă [verbală (factorul „G") — Vol. I ; B. 246 ; p. 417.

BLUM$^{(T)}$ test — test proiectiv pentru copii (1949) — Vol. I ; B. 321 ; p. 433.

BOCKER$^{(T)}$ test — evaluarea gravităţii sindroamelor de tranziţie (1961) — Vol. I ; B. 337 ; p. 440.

BÖNISCH$^{(T)}$ test — test proiectiv în neuropsihiatria infantilă — Vol. I ; B. 362 ; p. 451.

BONNET-STEIN$^{(T)}$ test — probe de personalitate/tip proiectiv — Vol. I ; B. 367 ; p. 451.

BOREL-MAISONNY$^{(T)}$ test — probă de limbaj/nivel de inteligenţă — Vol. I ; B. 377 ; p. 456.

BOURDON$^{(T)}$ test — evaluarea concentrării atenţiei (1895) — Vol. I ; B. 392 ; p. 457.

B.P.R.S.$^{(T)}$ scală — evaluarea depresiei — Vol. I ; B. 397 ; p. 458.

BREM-GRASER$^{(T)}$ test — evidenţierea situaţiei copilului în familie (1951) — Vol. I ; B. 437 ; p. 463.

BRENGELMANN$^{(T)}$ test — test de memorie/utilizare restrînsă — Vol. I ; B. 439 ; p. 463.

BRODY$^{(T)}$ test — test calitativ pentru gîndirea conceptuală — Vol. I ; B. 463 ; p. 466.

BUCK$^{(T)}$ test — sin. CASĂ-ARBORE-OM$^{(T)}$ test (1948) — Vol. I ; B. 488 ; p. 471.

BUYSE-DECROLY$^{(T)}$ test — evidenţiază gradul de adaptare/copii — Vol. I ; B. 521 ; p. 477.

CASĂ-ARBORE-OM$^{(T)}$ test $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BUCK$^{(T)}$ test — Vol. I ; B. 488 ; p. 471.

CATTELL$^{(T)}$ test — tip factorial (verbalizare, perseveraţie, inteligenţă) — Vol. I ; C. 165 ; p. 513.

CEDEC$^{(T)}$ test — sin. BARUK$^{(T)}$ test — Vol. I ; C. 189 ; p. 521.

CLAPARÈDE$^{(T)}$ test — varianta BINET-SIMON — scală — Vol. I ; C. 382 ; p. 555.

COLECTIV$^{(T)}$ test — avantaje/dezavantaje — Vol. I ; C. 483 ; p. 579.

CUBURI$^{(T)}$ test $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KOHS$^{(T)}$ test — Vol. II ; K. 103 ; p. 1 003.

CUNNINGHAM-PINTNER$^{(T)}$ test — baterie de inteligenţă (1932) Vol. I ; C. 785 ; p. 667.

DEHIO$^{(T)}$ test — probă farmacologică — Vol. I ; D. 103 ; p. 699.

DEXAMETAZONĂ$^{(T)}$ test — forma depresiei evaluată biologic — Vol. I ; D. 286 ; p. 761.

DIXON$^{(T)}$ test — investigarea sferei emoţionale — Vol. I ; D. 500 ; p. 810.

DORKELY-AMEN$^{(T)}$ test — investigarea proiectivă a personalităţii — Vol. I ; D. 546 ; p. 820.

EDWARDS$^{(T)}$ test — sin. TESTUL PREFERINŢELOR PERSONALE — Vol. II ; E. 72 ; p. 18.

EXTON-SMITH(T) scală — scală pentru evidențierea tulburărilor psihice la vîrstnici — Vol. II ; E. 535 ; p. 148.

FABULĂ(T) test — test de tip completarea povestirilor (Luisa DÜSS, 1950) — Vol. II ; F. 4 ; p. 153.

FAȚĂ-MÎNĂ(T) test — evidențierea tulburărilor perceptuale (1952, BENDER) — Vol. II ; F. 73 ; p. 174.

FERRARI(T) test — variantă pentru Italia a testului Binet — Vol. II ; F. 126 ; p. 187.

FOLIN-WU(T) test — test de laborator → GLICORAHIE — Vol. II ; F. 229 ; p. 216.

FRUSTRARE(T) test — tehnică proiectivă interpretativă — Vol. II ; F. 315 ; p. 234.

FUCHS-RORSCHACH(T) test — probă complementară a testului „R" — Vol. II ; F. 319 ; p. 235.

FUNKELSTEIN(T) test — testare la terapia electroconvulsivantă — Vol. II ; F. 337 ; p. 238.

GESELL(T) test — inventar de dezvoltare psihomotorie — Vol. II ; G. 105 ; p. 263.

GILLE(T) test — probă nonverbală pentru nivelul intelectual — Vol. II ; G. 124 ; p. 266.

GLICORAHIE(T) test — nivelul glucozei în LCR — Vol. II ; G. 151 ; p. 272.

GOLDSTEIN-SCHERRER(T) test — probă de gîndire abstractă — Vol. II ; G. 180 ; p. 275.

GOODENOUGH(T) test — nivelul general de dezvoltare psihică — Vol. II ; G. 181 ; p. 275.

GRIFFITS(T) scală — nivelul dezvoltării intelectuale a copilului — Vol. II ; G. 221 ; p. 284.

HAGEDORN-JENSEN(T) test → GLICORAHIE — Vol. II ; H. 11 ; p. 296.

HALSTEAD-REITAN(T) test — măsurarea indicelui inteligenței generale — Vol. II ; H. 28 ; p. 300.

HAMILTON(T) scală — sin. SCALA DEPRESIEI — Vol. II ; H. 50 ; p. 307.

HARROWER(T) test — alternativă a testului Rorschach — Vol. II ; H. 73 ; p. 312.

HISKEY-NEBRASKA(T) test — evaluarea aptitudinii de învățare — Vol. II ; H. 352 ; p. 379.

HOLTZMAN(T) test — test proiectiv tip Rorschach — Vol. II ; H. 373 ; p. 381.

INDIVIDUALE(T) teste — diferențiere și subiectivism crescut — Vol. II ; I. 159 ; p. 454.

INFUZIE(T) test — test biologic LCR — Vol. II ; I. 201 ; p. 468.

INTELIGENȚĂ(T) test — istoric, tip de teste — Vol. II ; I. 277 ; p. 493.

INTERES(T) test — evidențierea aptitudinilor și intereselor — Vol. II ; I. 292 ; p. 501.

JACKSON(T) test — test proiectiv de personalitate — Vol. II ; J. 5 ; p. 974.

JIRASEK(T) test — variantă a testului Kern (1968) — Vol. II ; J. 38 ; p. 981.

KAHN(T) test — model de autoevaluare a personalității — Vol. II ; K. 5 ; p. 988.

KAUFMAN(T) scală — evaluarea mobilității intelectuale la copil — Vol. II ; K. 34 ; p. 993.

KENT-ROSANOFF(T) test — test de asociații libere — Vol. II ; K. 44 ; p. 995.

KNOX(T) test — variantă a testului Borelli-Oleron — Vol. II ; K. 99 ; p. 1 002.

KOCH(T) test — test proiectiv (1958) — Vol. II ; K. 100 ; p. 1 002.

KOHS(T) test — sin. TESTUL CUBURILOR (1920) — Vol. II ; K. 103 ; p. 1 003.

KOROSKAROV(T) test — evidențierea simptomatologiei nevrotice — Vol. II ; K. 111 ; p. 1 004.

LABIRINT(T) test — istoric, concept — Vol. II ; L. 9 ; p. 1 011.

LEARY(T) test — studiul relațiilor intrafamiliale — Vol. II ; L. 82 ; p. 1 024.

LEBEDINSKI(T) test — capacitatea de abstractizare, verbalizare — Vol. II ; L. 85 ; p. 1 024.

LEMKIN-KAGAN(T) test — metodă proiectivă pedopsihiatrică — Vol. II ; L. 106 ; p. 1 028.

LICIKO-IVANOV$^{(T)}$ test — investigarea trăsăturilor dizarmonice — Vol. II ; L. 217 ; p. 1 045.

LITTMANN-SCHMIESCHEK$^{(T)}$ test — evidențierea trăsăturilor accentuate — Vol. II ; L. 289 ; p. 1 062.

LORR$^{(T)}$ scală — evaluarea stării clinice în psihoze funcționale — Vol. II ; L. 336 ; p. 1 075.

LÖWENFELD$^{(T)}$ test — testarea și evaluarea inteligenței la copil — Vol. II ; L. 345 ; p. 1 076.

LÖWENFELD-BUHLER$^{(T)}$ test — evidențierea conflictelor la copil — Vol II ; L. 346 ; p. 1 076.

LUME$^{(T)}$ test — valoare diagnostică și terapeutică la copil — Vol. II ; L. 372 ; p. 1 084.

LURIA-NEBRASKA$^{(T)}$ test — localizarea leziunilor cerebrale — Vol. II ; L. 381 ; p. 1 087.

LUSCHER$^{(T)}$ test — structura personalității și prognostic — Vol. II ; L. 382 ; p. 1 087.

MACHOVER$^{(T)}$ test — test proiectiv pentru adult și copil (1948) — Vol. III ; M. 4 ; p. 7.

M.A.P.S.$^{(T)}$ test — test proiectiv pentru structura personalității (1947) — Vol. III ; M. 86 ; p. 34.

MASSELON$^{(T)}$ test — sin. TESTUL CELOR TREI CUVINTE — Vol. III ; M. 139 ; p. 45.

MEILI$^{(T)}$ test — test analitic de inteligență (1928) — Vol. III ; M. 238 ; p. 68.

MEMORIE$^{(T)}$ test — evaluarea calității memoriei — Vol. III ; M. 267 ; p. 75.

MERRILL-PALMER$^{(T)}$ test — aprecierea aptitudinilor preșcolarilor — Vol. III ; M. 329 ; p. 90.

MICHIGAN$^{(T)}$ test — aprecierea capacității adaptative la copil — Vol. III ; M. 432 ; p. 108.

MILLER$^{(T)}$ test — aprecierea nivelului inteligenței verbale — Vol. III ; M. 473 ; p. 115.

MILLON$^{(T)}$ test — evaluarea „sănătății comportamentale“ — Vol. III ; M. 476 ; p. 115.

MIOKINETIC$^{(T)}$ test — metodă proiectivă discutabilă (MIRAY, LOPEZ, 1939) — Vol. III ; M. 511 ; p. 120.

MITTENEKER-TOMAN$^{(T)}$ test — chestionar de personalitate (1951) — Vol. III ; M. 556 ; p. 132.

M.M.P.I.$^{(T)}$ test — INVENTARUL MULTIFAZIC DE PERSONALITATE MINNESOTA — Vol. III ; M. 567 ; p. 135.

MONROE$^{(T)}$ test — evaluarea aptitudinilor preșcolarului — Vol. III ; M. 631 ; p. 150.

NEWCASTLE$^{(T)}$ test (I) — scală pentru evaluarea depresiei (1965) — Vol. III ; N. 265 ; p. 257.

NEWCASTLE$^{(T)}$ test (II) — scală pentru evaluarea depresiei (1971) — Vol. III ; N. 265 ; p. 257.

NOGUCHI-MOORE$^{(T)}$ test — evidențierea albuminelor în LCR — Vol. III ; N. 333 ; p. 268.

NONNE-APELT$^{(T)}$ test — evidențierea globulinelor în LCR — Vol. III ; N. 346 ; p. 270.

NULLER$^{(T)}$ test — evaluarea efectului medicației antidepresive (1964) — Vol. III ; N. 439 ; p. 285.

ORNE-O'CONNEL$^{(T)}$ test — evaluarea stării de hipnoză — Vol. III ; O. 217 ; p. 343.

O.S.S.$^{(T)}$ test — istoric, circumstanțe — Vol. III ; O. 239 ; p. 346.

OTIS$^{(T)}$ test — prototip al testului hîrtie-creion (1916) — Vol. III ; O. 246 ; p. 347.

OVERALL-GORHAM$^{(T)}$ test — evaluare în psihofarmacologie — Vol. III ; O. 252 ; p. 348.

OZEREȚKI$^{(T)}$ test — evaluarea dezvoltării psihomotorii la copil (1926) — Vol. III ; O. 274 ; p. 351.

PERFORMANȚĂ$^{(T)}$ test — aprecierea funcțiilor intelectuale (variante) — Vol. III ; P. 376 ; p. 418.

PERSEVERARE$^{(T)}$ test — probe psihometrice (variante) — Vol. III ; P. 404 ; p. 425.

PFISTER-HEISS$^{(T)}$ test — metodă de investigare a personalității — Vol. III ; P. 456 ; p. 561.

PHILLIP$^{(T)}$ scală — scală de evaluare în schizofrenie — Vol. III ; P. 480 ; p. 562.

PHILLIPSON$^{(T)}$ test — metodă proiectivă (asociere de teste) — Vol. III ; P. 481 ; p. 562.

PICKFORD(T) test — investigarea relaţiilor copilului cu familia (1963) — Vol. III ; P. 499 ; p. 565.

PINTNER-PATERSON(T) scală — test nonverbal de inteligenţă (1925) — Vol. III ; P. 523 ; p. 569.

PIRAMIDE COLORATE(T) test — sin. PFISTER-HEISS(T) test — Vol. III ; P. 456 ; p. 561.

PORTEUS(T) scală — limite, posibilităţi, variante (1914) — Vol. III ; P. 667 ; p. 588.

RACKIN(T) test — evaluarea depresiei (RACKIN, 1968) — Vol. III ; R. 8 ; p. 803.

RAPPAPORT(T) test — evidenţierea consumului de alcool — Vol. III ; R. 35 ; p. 806.

RAVEN(T) test — evaluarea „abilităţii educative înnăscute" (1938) — Vol. III ; R. 57 ; p. 811.

RAY(T) test — „testul figurilor complexe" (1942) — Vol. III ; R. 60 ; p. 812.

REY(T) test — probă verbală de memorie (auditivă sau vizuală). — Vol. III ; R. 310 ; p. 898.

RORSCHACH(T) test — test proiectiv de personalitate — Vol. III ; R. 409 ; p. 916.

ROSS-JONES(T) test — test biologic LCR — Vol. III ; R. 413 ; p. 919.

SCALĂ METRICĂ DE INTELIGENŢĂ(T) sin. BINET-SIMON(T) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BINET(T) test — Vol. I ; B. 243 ; p. 415.

SCALĂ NEM(T) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ZAZZO-GILLY-RAY(T) test — Vol. IV ; Z. 9 ; p.

SHNEIDMAN(T) test $\xrightarrow{\text{sin.}}$ M.A.P.S.(T) test — Vol. III ; M. 86 ; p. 34.

SCHMIESCHEK(T) chestionar — tip de investigare a personalităţii — Vol. IV ; S. 137 ; p. 169.

SCOR(T) test — cuantificarea testelor — Vol. IV ; S. 171 ; p. 174.

SOCIOMETRICE(T) teste — metode de explorare sociometrică a grupului — Vol. IV ; S. 704 ; p. 371.

„SOUTH OAKS"(T) test — H. LESIEHR, S. BLUME (1987) — Vol. IV ; S. 808 ; p. 397.

STAABS(T) test — test proiectiv în NPI — Vol. IV ; S. 864 ; p. 418.

STANFORD SCALES OF HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY(T) test — HILGARD, WEITZENHOFFER (1967). — Vol. IV ; S. 887 ; p. 420.

STROZKY(T) chestionar — evaluarea riscului suicidar — Vol. IV ; S. 1004 ; p. 438.

SZONDI(T) test — test proiectiv de personalitate (1947) — Vol. IV ; S. 1 128 ; p. 741.

ŞTEFĂNESCU-GOANGĂ(T) test — variantă a testului BINET — Vol. IV ; Ş. 8 ; p. 431.

TERMAN-MERRILL(T) test — variantă SUA a testului BINET — Vol. IV ; T. 223 ; p. 546.

TESTUL CELOR TREI CUVINTE(T) test — sin. MASSELON(T) test — Vol. III ; M. 139 ; p. 45.

TESTUL MÎINII(T) — test proiectiv (BRICKEM, PIOTROWSKI, WAGNER, 1962) — Vol. IV ; T. 240 ; p. 553.

TESTUL DE SEMNIFICAŢIE(T) — (test statistic) — Vol. IV ; T. 241 ; p. 554.

T.I.T.(T) — test de imobilizare a treponemei (PGP) — Vol. IV ; T. 344 ; p. 593

VIGNOS-ARCHIBALD(T) test — evidenţiază scăderea forţei musculare (1960) — Vol. IV; V. 133 ; p. 728

VINELAND(T) scală — evaluarea maturităţii sociale — Vol. IV ; V. 143 ; p. 729

WECHSLER(T) scală — baterie de teste nonverbale (1939) — Vol. IV ; W. 24 ; p. 754

WEITZENHOFFER-HILGARD(T) scală — sin. STANFORD — scală (1962) — Vol. IV ; W. 33 ; p. 756

WING-COOPER-SARTORIUS(T) scală — chestionar de autoevaluare (1974) — Vol. IV ; W. 68 ; p. 762

ZAZZO(T) test — evidenţiază trăsăturile de personalitate la copii — Vol. IV ; Z. 8 ; p. 771

ZAZZO-GILLY-RAY(T) test — sin. SCALĂ N.E.M. — variantă a scalei Binet-Simon — Vol. IV ; Z. 9 ; p. 771

ZEIGARNIK$^{(T)}$ **test** — evidențiază tulburările de gîndire din schizofrenie — Vol. IV ; Z. 13 ; p. 771

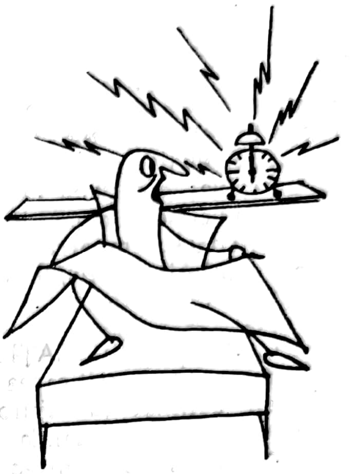
235. **TESTAMENT** (cf. lat. *testamentum*) ● Act prin care o persoană indică ultimele sale dorințe, precum și pe cei car vor dispune de bunurile sale după moarte. Testamentul presupune ca persoana în cauză să fie în integritatea facultăților sale mintale. Un testament poate fi contestat în măsura în care există informații foarte probabile că testatorul suferea de o maladie psihică gravă, cu alterarea severă a funcțiilor cognitive și a simțului realității, deci cu alterarea severă a discernămîntului (psihoze, sindrom psihoorganic).

236. **TESTARE — anxietate de** (cf. engl. test : vezi lat. *testari* „a confirma, a dovedi") ● Totalitatea reacțiilor psihologice, fiziologice și comportamentale pe care i le provoacă individului trăirea unei situații în care este testat sau în care i se evaluează performanțele în mod experimental (în cadrul unei situații create artificial). Anxietatea generală diminuează performanțele, rezolvarea sub posibilități a oricărui test cognitiv survenind de regulă în cazul persoanelor care își concentrează atenția nu asupra rezolvării sarcinilor date de test (pe care le consideră prea dificile sau supărătoare), ci asupra unor presupuse consecințe nedorite, pe care le-ar avea nerezolvarea testului.

Studii minuțioase au arătat că nu emotivitatea influențează negativ rezultatele testărilor, ci îngrijorarea, starea de încordare, implicate de autoprotecție. Autoevaluarea negativă, preocupările legate de eșecul la probe, compararea cu dificultățile altor persoane în aceste situații fac ca atenția asupra sarcinilor date de test să fie mult diminuată. O serie de studii au arătat că odată cu creșterea complexității sarcinilor sau cînd interese clare ale individului sînt implicate în situația de test, anxietatea de testare apare în mod ma constant și la un nivel de intensitate mai ridicat (SARASON, TRYON, 1980). Anxietatea de testare se manifestă și în cazul examenelor și examinărilor din cadrul sistemelor educaționale, cu consecințe bine cunoscute asupra performanțelor individuale.

S-au încercat o serie de metode terapeutice printre care desensibilizarea sistematică, terapia implozivă, reconcentrarea cognitivă, training autogen, învățarea modulatorie și observațională etc. ; deși au diminuat „anxietatea declarată", acestea nu au influențat în mod semnificativ performanțele testării.

237. **TESTARE A REALITĂȚII** (cf. lat. *testari*) ● După FREUD, proces psihic prin care conștientul distinge stimulii externi de cei interni, proveniți din energia intrapsihică. Ar oferi posibilitatea evitării confuziei între ceea ce subiectul percepe în mod obiectiv și reprezentările sale (confuze, care ar sta la baza manifestărilor halucinatorii), eventualele modificări ale acestora din urmă putînd fi astfel rectificate. Mai mult decît atît, testarea realității ar permite, în unele situații (de exemplu, doliu), achiziția capacității de modificare a lumii interioare, a proiectelor, a dorințelor, în funcție de situația reală creată. Principiul stă la baza unei ipoteze genetice legate de constituirea Eului prin parcurgerea unor stadii de opoziție cu Supraeul, pe baza binomului Eu-plăcere/Eu-realitate. Schematic, evoluția se produce în trei etape :



- etapa Eului-realitate, bazată pe reprezentare și distingerea interiorului de exterior, a obiectivului de subiectiv ;
- etapa Eului-plăcere, în care opoziția obiectiv-subiectiv este înlocuită cu opoziția neplăcere-plăcere, Eul devenind expresia a tot ceea ce înseamnă plăcere, iar non-Eul — a neplăcerii ;
- etapa Eului-realitate-definitiv, în care apare fundamentată distincția între perceput și reprezentat.

238. **TESTE PROIECTIVE** → TEHNICI PROIECTIVE.

239. **TESTUL CELOR TREI CUVINTE** $\overset{\text{sin.}}{\longrightarrow}$ MASSELON$^{(T)}$ test.

240. **TESTUL MÎINII** (HAND TEST) ● Metodă de explorare psihologică de tip proiectiv, dezvoltată de B. BRICKEM, Z. PIO-

TROWSKI, E. WAGNER (1962). Testul constă în prezentarea a zece planşe : nouă care conţin desene ale mîinii şi ultima care este albă. Subiectului i se cere să răspundă la următoarele întrebări :

— Ce ar putea fi această mînă ?

— Ce ar putea face cel căruia îi aparţine mîna ?

— Spuneţi tot ce gîndiţi despre aceste afirmaţii.

Sînt evaluate în mod asemănător cu tehnica Rorschach poziţionarea planşelor şi manipularea acestora. Tipurile de răspunsuri sînt clasate în : agresive, afective, de frică, comunicative (cu subclasele dependentă şi exhibiţionistă), deficitare, impersonal active şi pasive. Poate fi folosit în evaluarea agresivităţii, anxietăţii, depresiei.

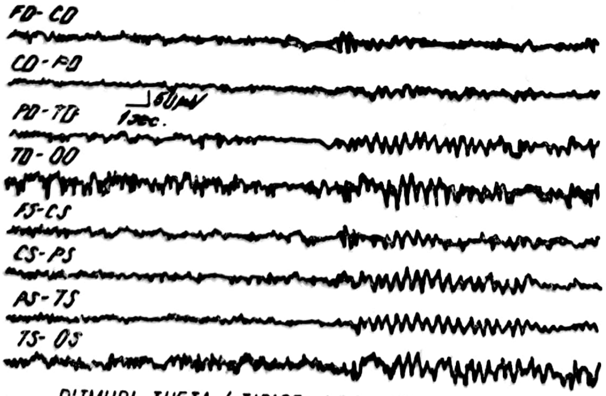
241. **TESTUL DE SEMNIFICAŢIE** ● Test statistic utilizat pentru verificarea egalităţii unui parametru, estimat cu ajutorul unui eşantion (medie, abatere standard), cu o valoare dată. De exemplu, dintr-o populaţie repartizată normal se alege aleator un eşantion de volum n. Se presupune abaterea standard cunoscută. Stabilim ipoteza nulă $H_0 : m = m_0$ (valoare dată) faţă de ipoteza alternativă $H_1 : m \neq m_0$.

Se verifică cu ajutorul testului statistic Z. Testul este frecvent folosit în cercetările statistice medicale, deci şi psihiatrice.

242. **TETA — ritm EEG** (numele celei de a opta litere din alfabetul grecesc) ● Unul dintre ritmurile principale (alfa, beta, teta, delta) ale activităţii bioelectrice a creierului, format din oscilaţii diferenţiate prin frecvenţă, amplitudine, morfologie, localizare, proporţie în traseu, mod de răspuns la stimuli.

Frecvenţa : 4—7,5 cicli/secundă, cu variaţii mici : ± 1 c/s ;

Amplitudinea : 40—70 µV ;



RITMURI THETA (TIPICE, ASCUŢITE ŞI PLATE)

Morfologia : sinusoidal larg, sincron, simetric ;

Localizare : regiunea temporală ;

Proporţii în traseu : 10—15% (ritm sărac) ;

Stimulare : neinfluenţat.

Ritmul teta este prezent la copilul mic în toate derivaţiile, fiind ritm dominant între 2—6 ani. La adult, prezent în proporţie redusă (10—15%), apare izolat, fără tendinţă de grupare, bufee sau paroxisme ; atît incidenţa cît şi amplitudinea pot creşte în stări emoţionale şi frustraţii. Fără a constitui un element definitoriu, în unele afecţiuni psihice se înregistrează următoarele modificări ale ritmului teta :

- ritmul teta difuz : imaturitate, tulburări de comportament ;
- ritmul teta localizat : procese expansive, epilepsie temporală ;
- ritmul teta ascuţit : excitabili, agresivi, hiperkinetici ;
- ritmul teta 14/6 : agresivitate, schizofrenie.

Variante ale ritmului teta (ritmuri secundare) :

- ritm alfa variant lent, frecvenţă : 5 c/s (1/2 din ritmul alfa) ; amplitudinea : 5—30 µV ; morfologie : alfa asimetric ; localizare : regiunea temporo-parietală ; semnificaţie a imaturităţii ;
- ritm de 4 c/s posterior, frecvenţă : 4 c/s ; amplitudine : 5—20 µV ; morfologie : alfa larg grupat ; localizare : regiunea posterioară ; nu are semnificaţie patologică, se blochează, ca şi ritmul alfa, la stimuli luminoşi.

243. **TETANIC — tip** ● Unul dintre cele două tipuri ale personalităţii, propuse de E. R. JAENSCH ;

— tip B — Basedow sau constituţia integrată ;

— tip T — tetanic sau constituţia neintegrată.

După opinia acestui autor, tipul tetanic se distinge printr-un slab control al imaginilor eidetetice, hipersensibilitate, reacţii inadecvate şi, din punct de vedere biologic, printr-un nivel scăzut al calcemiei. O serie de autori au reproşat acestei clasificări dicotomice atît sărăcia descrierii, cît şi validitatea ştiinţifică redusă.

244. **TETANIE** (cf. gr. *tetanos* „încordare, rigiditate") — sin. LUCIEN[B] boală ● Termen introdus de CORVISART pentru a desemna următoarea simptomatologie clinică :

- furnicături cu evoluție centripetă, care apar la extremitățile membrelor, urmate de o senzație de amorțeală ;
- tulburări motorii cu aceeași topografie, fasciculații, crampe, spasme („mînă de mamoș", „picior varus equin", spasme laringiene, faciale, diafragmatice).

Forma tipică de criză tetanică se intîlnește în hipoparatiroidie. Alteori, se descriu manifestări atipice : vasculare (angor, migrene, fenomene de tip Raynaud), iar la copii, viscerale (spasme laringiene, vezicale, intestinale). Formele oligosimptomatice se pot reduce la simple parestezii, stări depresive. Formele latente se evidențiază prin obiectivarea semnelor de hiperexcitabilitate musculară (Chvostek, Lust, Trousseau) sau prin înscrierea traseului EMG (→SPASMOFILIE).

Tetania reprezintă efectul scăderii concentrației calciului ionic circulant, în situații etiologice diverse, putînd decurge din dezechilibre hidroelectrolitice (raport Ca/C, Ca/P) și acidobazice (alcaloze), tulburări hormonale, intoxicații, deficit de aport, eliminare crescută. Astfel, în etiologia hipocalcemiei au fost incriminate insuficiența paratiroidiană, intoxicația cu vitamina D, intoxicația cu plumb, boala diareică (pierderi intestinale), hipercalciuria idiopatică, acidoza renală (pierderi urinare), hiperventilația (determină alcaloza) din afecțiuni respiratorii sau ca manifestare a anxietății — „nevroza respiratorie" descrisă de HEGGLIN, hiperactivitatea gastrică (alcaloză — „tetanie gastrică"), hiperkaliemie de diverse etiologii (alcaloză) — ARNAULD-CASTIGLIONI și SCOTTO. Se mai utilizează termenul de tetanie „latentă", cu semnificația prezenței sindromului de hiperexcitabilitate musculară (pozitivarea semnelor Chvostek, Trousseau, Lust și a probei de ventilație provocată).

Noțiunea de tetanie „idiopatică" implică recunoașterea imposibilității de a determina etiologia manifestărilor clinice de tetanie, calcemia fiind normală sau ușor scăzută (→ SPASMOFILIE).

Criza de tetanie, ca element tipic al hipoparatiroidiei, debutează cu parestezii la nivelul regiunii periorale și al degetelor, care se pot întinde la față, membrele superioare și inferioare. Sînt urmate de creșterea tonusului muscular pînă la o intensitate algică, apoi de instalarea contracturii tetanice, ireductibile. În legătură cu această contractură au fost descrise cîteva aspecte clasice : „mîna de mamoș" (TROUSSEAU), caracterizată prin spasme carpo-pedale ; „botul de crap", caracterizat prin contractura musculaturii periorale. Contractura se poate generaliza și poate fi însoțită de convulsii epileptiforme (în special la copiii mici). Laringospasmul este și el mai frecvent la copii. Terapia de criză se bazează pe administrarea intravenoasă de calciu și pe medicație cu specific etiopatogenetic.

245. **TETRACROMATICĂ — teorie** (cf. *tetra* „de, cu patru" ; *chroma* „culoare") ● Teorie elaborată, printre alții, de HERING, conform căreia vederea cromatică ar rezulta în urma recepției combinațiilor variabile a patru culori fundamentale : roșu, galben, verde, albastru. Cunoștințele actuale în domeniu, acordă mai mult credit teoriei tricromatice.

246. **TETRAFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *tetra* ; *phobos* „frică") ● Frică irațională, nejustificată, de numărul patru ; mai rară decît triskaidekafobia, poate apărea la personalitățile psihastenice, în nevroza obsesivo-fobică, schizofrenie.

247. **TETRAZINI**^{S} **semn** ● Retroflexia capului, intîlnită în paralizia generală progresivă.

248. **TEZAURISMOZĂ CU SFINGOMIELINĂ** — sin. HISTIOCITOZĂ LIPOIDĂ ; SFINGOMIELINOZĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NIEMANN-Pick$^{(B)}$ boală.

249. **TEZĂ** (cf. gr. *thesis* „afirmație") ● Idee fundamentată concis, asertată ca principiu pe care se întemeiază un sistem teoretic, a cărui desfășurare discursivă este menită să probeze valabilitatea enunțului prim.

● În filozofia hegeliană, prima etapă a procesului triadic de dezvoltare dialectică ; afirmație a unei determinații categoriale abstracte, întrucît este „în sine", teza dă naștere propriei sale negații — antiteza, în care determinația inițială se dedublează în contrariul ei, unitatea lor înfăptuindu-se în momentul sintezei dialectice cînd, îmbogățită de pierderea-regăsirea sa în alteritate, determinația inițială se animă de tensiunea devenirii ființei „pentru sine".

● În logică, expresie asertată într-un sistem axiomatic, adevărată indiferent de valoarea de adevăr a argumentelor sale.

250. **THALAMONAL**$^{(MC)}$ Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Germania ; **THAMONAL**$^{(MC)}$ Israel ● Produse terapeutice care conțin două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se complementează :

- DROPERIDOL$^{(M)}$ neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic ;

● FENTANYL$^{(M)}$ — hipnotic.
Au acţiune sedativ-hipnotică rapidă.

251. **THANATOS** (gr. „moarte") ● Nume grecesc folosit de FREUD pentru a desemna pulsiunile morţii, în opoziţie cu pulsiunile vieţii, desemnate prin termenul Eros ; subliniază caracterul radical al dualismului pulsional, dîndu-i o semnificaţie cvasi-mitică. FREUD nu a folosit termenul în scrierile sale, ci numai în conversaţii. FREUD face referiri la Empedocle, care distinge între iubire şi discordie : filia şi neikos, considerînd că opoziţia lui Empedocle îşi află echivalent în opoziţia sa, care priveşte pulsiunile fundamentale originare.

Prin termenul thanatos se accentuează caracterul universal al celor două principii corespunzătoare celor două categorii de pulsiuni (PONTALIS şi LAPLANCHE, 1973). În eseul său asupra vieţii şi morţii, I. BIBERI consideră că moartea ca proces, ca desfăşurare, nu este în opoziţie cu procesele vitale, ci interferează cu acestea, instalîndu-se lent în organism („cadavrul are părţi vii, care se integrează morţii în mod treptat" ; la animalele cu sînge rece, procesul morţii durează săptămîni şi chiar luni).

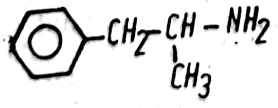
Există cercetări care susţin că îmbătrînirea (ca diminuare a funcţionalităţii generale a organismului, deci ca încetinire a activităţii vitale) începe din momentul naşterii. Curba vieţii se îndreaptă invariabil spre moarte, iar în activitatea vitală se inserează elemente ale morţii ; după oprirea centrilor respiratori şi circulatori, în cadavre există încă ţesuturi cu reminiscenţe vitale, care împiedică instalarea bruscă a morţii. În acst sens s-au publicat unele opinii, trezind binemeritate rezerve : cercetări pe cadavre arată că sîngele prelevat îşi păstrează constantele fizice, chimice şi biologice timp de 10—15 zile de la prelevare (JEANNENEY şi RINGENBACH, 1939) ; s-au făcut transfuzii cu sînge de la cadavru la omul bolnav, cu număr mic de accidente (S. JUDINE) ; s-a observat că, la unele cadavre, inima pulsează pînă la 24 de ore după decapitare (L. ASCHOFF) ; cu 300 de ani î.e.n., CLEANTHES a observat că inima desprinsă de corp continuă să mai bată. S-au introdus astfel conceptele de „moarte aparentă", „moarte clinică", „moarte biologică", ultima expresie însemnînd moartea definitivă, care se instalează prin încetarea totală a funcţionării sistemului nervos central (alterări celulare nervoase ireversibile) ; păstrarea activităţii vitale în unele ţesuturi, cu întreţinerea artificială a acestei activităţi, revine, de fapt, la o variantă a culturii de ţesuturi (P. CHAUCHARD), fără să reprezinte însă o prelungire a vieţii persoanei (ca entitate anatomo-fiziologică, integrată într-un sistem social şi axiologic). S-a pus problema persistenţei, după moarte, a principiului vital individualizat (cercetări în ceea ce priveşte radiaţiile materiei vii : vibraţiile biologice continuă să se manifeste şi după moarte) ; unii consideră că moartea nu distruge energia vitală, doar suprimă o anumită formă individuală a acestei energii ; nu este vorba de un principiu vital individualizat, pentru că tocmai această individualitate nu se poate demonstra după moarte ; dimpotrivă, moartea distruge organizarea individualizată dar energia vitală rămîne, trecînd în alte cicluri/sisteme de evoluţie.

Viaţa legată de moarte este viaţa manifestată într-o formulă proprie a unei entităţi biologice. După I. BIBERI, „ciclul vital, odată depăşit, ritmul cosmic se continuă cu aceleaşi cadenţe. Fenomenele vitale se află în prelungirea fenomenelor naturii anorganice, de care se diferenţiază printr-un alt sistem de integrare a elementelor şi printr-o altă gamă de vibrare energetică. Moartea disociază acest edificiu structural. Eliberate de organizarea vitală, realităţile de bază ale organismului reintră automat în cadrul mai larg al structurii universului fizic. Viaţa este un permanent echilibru între tendinţa de reîntoarcere în materia anorganică, reprezentată prin moarte, şi tendinţa de continuitate, reprezentată prin sexualitate şi ereditate". Aceste afirmaţii trimit din nou la tezele lui FREUD asupra pulsiunilor vieţii (Eros) şi pulsiunilor morţii (Thanatos).

În „Dincolo de principiul plăcerii", FREUD introduce pulsiunea morţii mai întîi ca ipoteză speculativă, privind funcţionarea şi reglarea proceselor psihice, apoi ca element — principiu — descifrabil şi susţinut la nivelul factorilor biologici şi clinici şi, în ultimă instanţă, ca forţă destructivă în plan individual şi, ulterior, în plan istoric şi cultural. „Dincolo de principiul plăcerii" (1920) exprimă perspectiva metabiologică asupra lui Eros şi Thanatos. În „Răul unei civilizaţii" (1929), FREUD introduce pulsiunea morţii într-o ipoteză metaculturală, plasînd sarcina culturii pe un teren de confruntare între Eros şi Thanatos. Thanatos (ca pulsiune a morţii) este ceea ce în mod necesar există ca să releve Erosul (adică forţa opusă morţii, constînd, în ultimă analiză, în sexualitate, prin care se încearcă restabilirea unei stări de lucruri anterioare). Aşadar, adevărata pulsiune a vieţii este pulsiunea sexuală, care luptă contra morţii prin dorinţa de altul ; individul viu luptă deci împotriva morţii, în general, şi a morţii sale numai împreună cu altul, Individul singur neputînd să se îndrepte decît spre moarte. Confruntarea între Eros și Thanatos, în calitatea lor de pulsiuni, se petrece la nivelul instanței binelui. Dar prin mecanismul sublimării, manifestarea pulsiunilor trece în planul cultural. Comunitățile umane se datorează legăturilor libidinale reciproce, deci se formează sub imperativele lui Eros ; pe de o parte, „eroticul" leagă indivizii în grup și, pe de altă parte, împinge individul să fugă de suferință și să caute plăcerea. Dar între indivizi și societate (colectivitate) există tensiuni, situații conflictuale, civilizația și cultura cerînd individului sacrificii (interzicerea incestului, cenzurarea sexualității infantile, instituționalizarea sexualității în legături legitime și monogame). Deci cultura nu îl satisface pe om ba chiar îi provoacă nefericire ; i se cere individului să-și iubească aproapele ca pe sine însuși, să-și iubească dușmanul etc. ; aceste imperative sînt resimțite ca periculoase pentru că omul nu este în mod exclusiv și necondiționat o ființă iubitoare ; omul este o ființă agresivă, tentată să-și asuprească semenul, să-l folosească sexual, să-și însușească bunurile acestuia, să-l umilească, să-i provoace suferințe, să-l ucidă (FREUD). În spatele acestor manifestări stă pulsiunea morții, semnificația ei în perspectivă socială fiind ostilitatea originară a omului față de om. Astfel, nu se poate vorbi numai de Eros în ceea ce privește legătura socială (a indivizilor în grup) ; Eros și Thanatos își împart dominanța asupra lumii și a valorilor ei. Ca să ilustreze Erosul, FREUD se referă la „Banchetul" lui PLATON. Ca reprezentativ pentru Thanatos este considerat Mephisto. P. RICOEUR consideră cultura ca plasîndu-se la interferența dintre Eros și Thanatos. Actul cultural este un act în care se subliniază deopotrivă pulsiunile vieții și pulsiunile morții.

252. **THEOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *theos* „Dumnezeu" ; *phobos* „frică") ● Teamă patologică de divinitate. Apare mai rar în simptomatologia obsesivo-fobică de intensitate nevrotică, fiind, de fapt, o simptomatologie de debut pentru psihoza discordantă sau în delirul cronic sistematizat.

253. **THEPTINE**$^{(M)}$ Canada, SUA — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul elaborării de catecolamine : noradrenalină și dopamină), realizînd un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central și avînd valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia ; poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.



254. **THERALEN(E)**$^{(M)}$ Suedia, Franța, Germania — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkil) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențînd însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, reacții, în tratamentul de întreținere al endogeniilor, ca și în afecțiuni psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

255. **THERFLUZINE**$^{(M)}$ Belgia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și acțiune sedativă relativ redusă. Are valențe anxiolitice și antiemetice, efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice fiind mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

256. **THERSIL**$^{(S)}$ **sindrom** — sin. ACROCEFALIE ; HIPSICEFALIE ; OXICEFALIE ; PIRGOCEFALIE ; TURICEFALIE ; „CRÂNE DE THERSIL" ● Malformație din grupul craniostenozelor, relativ frecventă în patologia copilului, datorită osificării precoce a suturii coronare și sagitale, care împiedică dezvoltarea craniului în sens lateral și antero-posterior, permițînd ca expansiunea să se facă numai în înălțime.

Asocierea unor anomalii osoase la nivelul etajului anterior al bazei craniului și al masivului facial este frecventă : hipertrofia aripilor mici ale sfenoidului, turtirea cranio-caudală a orbitelor și oblicitatea lor (unghiurile interne mai înalte decît cele externe), exoftalmie pronunțată, hipertelorism, deformarea oaselor malare și boltă palatină ogivală. Hipertensiunea intracraniană este precoce și pronunțată. Cefaleea și vertijul, dificil de sesizat la vîrste mici, completează tabloul hipertensiunii. Se constată uneori (în formele embriopatice) sindactilie și alte malformații ale membrelor. Dezvoltarea psihică nu este, în general, alterată.

Examenul neurologic evidenţiază tulburări de tonus muscular, întîrzierea dezvoltării motorii, hiperreflexie osteotendinoasă şi o limitare a deplasării oculare, consecutivă malformaţiilor orbitare, tulburări olfactive şi hipoacuzie. Examenul fundului de ochi pune în evidenţă edemul papilar cu evoluţie spre stază şi atrofie optică. Examenul radiologic evidenţiază semne de hipertensiune intracraniană.

Diagnosticul diferenţial va avea de eliminat falsul sindrom Thersil, în care sinostoza este datorată unor afecţiuni inflamatorii ale oaselor craniului, şi craniul mai înalt conformat constituţional, cu volum normal sau aproape normal, fără tulburări neurologice şi nici malformaţii.

Tratamentul este chirurgical, urmărind crearea posibilităţii de expansiune a cutiei craniene şi prin aceasta prevenirea constituirii sindromului de hipertensiune intracraniană (compresie cerebrală).

257. **THERUHISTIN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Isotipendil* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)-10H-pirido/3,2/[1,4/-benzotiazină, cu acţiune dublă : sedativă şi antihistaminică, ambele moderate, dar cu efecte secundare minime, ceea ce le conferă o largă utilizare.

258. **THIADIPONE**$^{(M)}$ Spania — DCI *Bentazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1, 3, 6, 7, 8, 9-hexahidro-5-fenil-2H-/1/benzotieno/2,3-e/-1,4-diazepin-2-onă, cu acţiune sedativă şi, uşoare valenţe antidepresive.

259. **THIANTAN**$^{(M)}$; **THIANTETTEN**$^{(M)}$ Germania — DCI *Dietazină* ● Neuroleptice sedative, derivaţi fenotiazinici (aminoalkilfenotiazină) de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acţiune anxiolitică şi uşor hipnotică. Sînt eficiente numai în tratamentul psihogeniilor şi în afecţiuni psihosomatice.

260. **THIAPAX**$^{(M)}$ Israel — DCI *Clopentixol* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic cu o catenă laterală fenotiazinică, de tip 4-/3-(2-clortioxanten-3-iliden)propil/-1-piperazinetanol, cu acţiune sedativă rapidă, superioară de 4—5 ori clorpromazinei, cu valenţe antiemetice şi spasmolitice, acţiunea sa antipsihotică fiind însă inferioară clasei. Efectelor secundare de tip incisiv li se adaugă hipotensiunea.

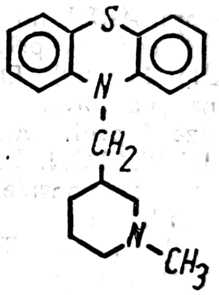
261. **THIERGAN**$^{(M)}$ Suedia — DCI *Prometozină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativ-hipnotică, antihistaminică şi antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN$^{(M)}$.

262. **THIETHILPERAZINE**$^{(DCI)}$ ● Derivat fenotiazinic (piperazinilalkilfenotiazinic) de tip 2-(etiltio)-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-fenotiazină, cu acţiune antiemetică, antivertiginoasă şi sedativă. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :

TORECAN$^{(M)}$ Iugoslavia, România.
TORESTEN$^{(M)}$ Japonia

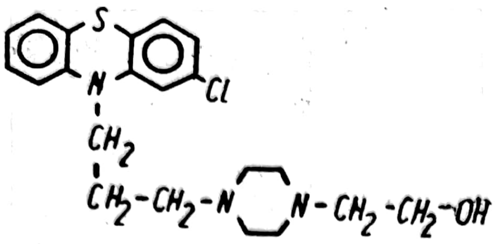
263. **THILATAZIN**$^{(M)}$ Ungaria — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-/3-/4-(2-hidroxietil)piperazin-1-il/-propil/fenotiazină, indicat în endogenii acute şi cronice, avînd valenţe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiţii de ambulator.

264. **THIOPROPAZATE**$^{(DCI)}$ ● Derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-/4-(2-acetoxietil)-1-piperazinil/propil-2-clorfenotiazină, cu acţiune marcat antipsihotică, însă şi cu efecte secundare severe de tip incisiv. Indicaţia de bază o constituie psihozele cronice care nu reacţionează la alte neuroleptice ; în doze mici poate fi utilizat in nevroze (efect dinamogen). Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :



DERTAL$^{(M)}$ Elveţia
DERTALAN$^{(M)}$ Grecia

265. **THIOPROPERAZINE**$^{(DCI)}$ ● Derivat fenotiazinic piperazinat, de tip N, N-dimetil-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2-fenotiazinsulfonamidă, cu acţiune neuroleptică dezinhibitorie accentuată. Introdus în clinică în 1960, a reprezentat un moment de referinţă în terapia antipsihotică, producînd un efect antiautistic ce nu poate fi obţinut cu nici un alt neuroleptic. Este indicat în schizofrenii, psihoze halucinatorii cronice, stări apato-abulice, nevroze cu componentă anxioasă şi obsesivă.



Deşi efectele secundare sînt accentuate şi uneori impresionante, necesitînd atît combaterea lor, cît şi o urmărire atentă a subiectului, efectul antipsihotic marcat răsplăteşte efortul. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :

CEPHALMIN$^{(M)}$ Japonia
MAJEPTIL$^{(M)}$ Franţa
MAYEPTIL$^{(M)}$ Germania
VONTIL$^{(M)}$ SUA

266. **THIORIDAZIN**$^{(M)}$ Polonia ; **THIORIL**$^{(M)}$ Canada ; **THIORIUM**$^{(M)}$ Coreea ; **THIORIANDER**$^{(M)}$ Mexic — DCI *Tioridazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkil piperazinat de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil)-etil/-2-metiltio)-fenotiazină, cu acţiune sedativ-anxiolitică. În funcţie de doză, poate fi utilizat atît în psihogenii, cît şi în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TIORIDAZIN$^{(M)}$.

267. **THIOXIDIL**$^{(M)}$ SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxantă şi sedativ-anxiolitică.

268. **THOMAS**^{s} **semn** ● Simptom constînd în exercitarea unei presiuni puternice în regiunea epigastrică (zonă ce corespunde plexului solar), determinînd creşterea tensiunii diastolice şi tahicardie. Reacţia este evidentă la persoanele cu aşa-zisă „distonie neurovegetativă". Semnul a fost descris de THOMAS şi ROUX, în 1914.

269. **THOMSEN**$^{(B)}$ **boală** — sin. MIOTONIE CONGENITALĂ ● Boală musculară genetică, nedistrofică, rară, care se manifestă în două variante : dominantă şi recesivă (de patru ori mai frecventă decît cea dominantă). Debutul bolii este congenital (în varianta dominantă) sau postnatal, între 10—20 de ani (în varianta recesivă).

Clinic, se caracterizează prin miotonie (localizată, în varianta dominantă, şi generalizată, în cea recesivă), scăderea forţei musculare (în varianta recesivă), handicap fizic (permanent, în varianta recesivă, şi intermitent, în cea dominantă), hipertrofie musculară generalizată (mai accentuată în varianta recesivă), dînd bolnavilor aspectul de „sportivi culturişti", redoare musculară (la rece).

Tabloul anatomo-patologic (bioptic) al bolii lui Thomsen cuprinde leziuni distrofice musculare, hiperplazie a nucleilor sarcolemei, corpi intracitoplasmatici, leziuni de joncţiuni mioneurale, leziuni abiotrofice în sistemul nervos central, precum şi conglomerări mitocondriale („agregatele mitocondriale", descrise, în anul 1915, de ENGEL).

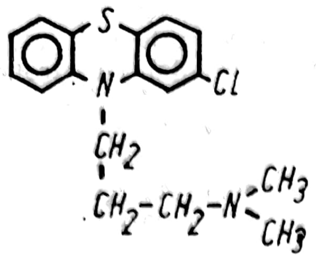
Evoluţia bolii este intermitentă (în varianta dominantă) sau progresivă (în varianta recesivă). Tratamentul se limitează la diminuarea miotoniei (chinină, procainamidă).

270. **THOMSON Godfrey** (1881—1955) ● Matematician, fizician şi pedagog britanic ; şi-a făcut studiile la Universitatea din Durham şi Newcastle. În 1906, şi-a susţinut doctoratul în fizică la Strasbourg, ulterior interesul său deplasîndu-se asupra aplicaţiilor matematicii în studiul senzaţiei. Descoperind studiile lui SPEARMAN asupra analizei factoriale a performanţelor umane, le-a supus unor severe analize critice (1914). Între 1923—1924 a lucrat la Universitatea Columbia, unde a fost influenţat de teoriile lui E. THORNDIKE. A înlocuit factorul G al lui SPEARMAN (ca singură energie mintală) cu o serie de „relaţii" implicate în orice act mintal ca un ansamblu diferit doar parţial de la o activitate la alta. În acest fel, între toate performanţele cognitive se poate demonstra existenţa unor relaţii pozitive.

THOMSON a elaborat şi a aplicat copiilor teste de inteligenţă, demonstrînd, pe loturi semnificative (copiii scoţieni în vîrstă de 11 ani, în perioada 1933—1949), că aşa-zisele corelaţii între nivelul de inteligenţă şi provenienţa de clasă (şi implicit nivelul socio-economic) sînt doar deformări ale realităţii. Din 1925 a fost profesor de pedagogie la Universitatea din Edinburg. A publicat între 1925 şi 1929 o serie de monografii privitoare la psihopedagogie, iar în 1937, „Analiza factorială a performanţelor umane".

271. **THOPAM**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic sin. → TIORIDAZIN$^{(M)}$ România.

272. **THORADEX**$^{(M)}$ SUA ; **THORAZINE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptice sedative, derivaţi fenotiazinici de tip 2-clor-10-



(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

273. **THORNDIKE Edward Lee** (1874–1949) ● Psiholog american de orientare funcționalistă, plasat de WOLPE alături de PAVLOV și WATSON, ca inspirator al terapiei behavioriste ; este inițiatorul cercetărilor experimentale privind învățarea și inteligența animalelor. Și-a început studiile la Harvard sub îndrumarea lui W. JAMES. La propunerea lui J. M. CATTELL, THORNDIKE și-a continuat experimentele pe animale la Universitatea Columbia (urmărind învățarea prin „încercare și eroare“ și efectele succesului asupra consolidării relației stimul-reacție), cercetări care s-au concretizat în celebra sa teză de doctorat : „Inteligența animalelor — un studiu experimental al proceselor asociative la animale“ (1898), unde se precizează legile învățării la animale : legea efectului prin întărire pozitivă, legea repetiției sau exercițiului și se descriu o serie de tehnici experimentale originale, ca tehnica „puzzle-boxes“, tehnica „labirintelor“.

Ulterior (tot la propunerea lui CATTELL, în 1889), s-a consacrat studiului învățării la copii și adulți (aplicînd metodele experimentale create), desfășurînd în paralel o intensă activitate didactică ca profesor la Colegiul profesoral din Columbia. Dintre contribuțiile mai importante ale acestui talentat cercetător pot fi menționate elaborarea teoriei conecționiste (prefigurate din 1903, în lucrarea „Psihologie educațională“) și a primei lucrări de psihologie judiciară, crearea primelor scale de evaluare a desenului și grafiei școlarilor, precum și a unui număr de opt teste educaționale.

De asemenea, THORNDIKE este inițiatorul studiilor pe gemeni și al aplicării metodelor statistico-matematice în psihologia educațională și în cea militară (a colaborat la elaborarea bateriilor de teste „alfa“ și „beta“ pentru armată). S-a preocupat de tipurile de abilități (aptitudini) intelectuale și de formele de inteligență, distingînd ca ipoteză de lucru trei aspecte : inteligența concretă (caracterizată prin posibilitatea de a acționa pe plan concret, practic, cu obiectele), inteligența abstractă (caracterizată prin posibilitatea de adaptare rapidă și diferențiată la noi condiții și de a opera cu simboluri) și inteligența socială (caracterizată prin adaptarea rapidă și netensionată la modificările mediului social, prin înțelegerea rapidă a intențiilor celorlalți în relațiile cu aceștia).

E. L. Thorndike

Dintre lucrările cele mai importante care reflectă evoluția preocupărilor lui THORNDIKE, mai pot fi semnalate : „Fundamentele învățării“ (1932), „Manualul profesorilor“ și „Mic dicționar al centrului Thorndike“ (primele lucrări de lexicografie), „Natura umană și ordinea socială“ (1940, ultima lucrare de psihologie).

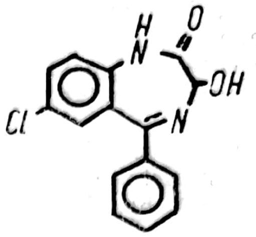
A fost conducătorul Institutului de cercetări educaționale și președinte, din 1912, al Asociației psihologilor americani, iar din 1934 a condus Asociația americană de propășire a științei.

274. **THOXIDIL$^{(M)}$** SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1, 2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

275. **THURSTONE Lewis Leon** (1887–1955) ● Psiholog american. Deși inițial a făcut studii

politehnice (absolvent, în 1912, al Facultății de electrotehnică din Cornell), a fost atras de studiul problemelor de acustică, de psihologie senzorială și de măsurare a percepțiilor. A părăsit laboratoarele celebrului T. A. EDISON, căruia i-a fost asistent, pentru ca, în 1917, să obțină la Chicago doctoratul în psihologie. Următorii opt ani a lucrat la Institutul de tehnologie Carnegie, unde a devenit profesor și, ulterior, conducător al Departamentului de psihologie. A condus apoi timp de 28 de ani catedra de psihologie din Chicago. Din 1932, a fost primul președinte al Asociației americane de psihologie, iar în 1936 a înființat Societatea de psihometrie. Lucrările sale sînt legate îndeosebi de teoria măsurătorilor în psihofizică. El a fost primul care a arătat ineficiența conceptului de vîrstă mintală (BINET), ca scală de evaluare a performanțelor, deoarece acesta se referă fie la media performanțelor copiilor de aceeași vîrstă, fie la vîrsta medie a copiilor care obțin o anumită performanță, fără a se putea găsi un criteriu rațional de opțiune pentru una dintre posibilități. În 1928 a introdus conceptul de „inteligență zero“, definit ca nivel maxim de performanță, la care diferențele individuale dispar complet. A îmbunătățit mult analiza factorială a lui SPEARMAN, realizînd progrese în ceea ce privește aparatul matematic în condițiile unui număr crescut de factori. Odată cu dezvoltarea tehnicii de calcul, metoda centroidă a extragerii de factori a fost înlocuită cu metode mai precise (pe care însă numai ordinatorul le poate utiliza). Din peste 50 de teste de performanță mintală, autorul a extras un număr de factori considerați „abilități primare mintale“, „factori primi“, înlocuind conceptul prea vag de abilitate generală (factor G) al școlii britanice, cu care a avut îndelungate dispute. Contribuția cea mai importantă a lui THURSTONE la analiza factorială pare să fie legată de principiul „simplei structuri“, de criteriul rotației axelor factoriale (sau a principalelor dimensiuni ale matricei), care ușurează interpretarea psihologică a factorilor. Dezvoltarea tehnicilor computerizate ale analizei factoriale regăsește principiul simplei structuri ca un valoros instrument. L. THURSTONE este considerat cel mai de seamă reprezentant american al psihometriei.

276. **THYMAL**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.



277. **THYMEOL**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Melitracen* ● Antidepresiv timoleptic, derivat antracenic de tip 9-(3-dimetilaminopropilidenă) -10, 10-dimetil-9,10-dihidroantracenă, indicat în depresiile cu inhibiție psihomotorie, contraindicat în delirurile acute.

278. **THYMERGIX**$^{(M)}$ Franța — DCI *Pirovaleronă* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip 4'-metil-2-(1-pirolidinil)valerofenonă, indicat în mod deosebit în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor și anticonvulsivantelor → PSIHOSTIMULENTE.

279. **THYMOPRAMIN**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu spectru larg de acțiune, incluzînd depresia endogenă; este posibilă și se recomandă asocierea sa cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze, minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.

280. **THYREFACT**$^{(M)}$ Austria — DCI *Protirelin* ● Psihotrop cu acțiune ușor antidepresiv-timoleptică, de tip 5-oxo-L-prolil-L-histidil-L-polinamidă, utilizat și în diagnosticul diferențial al disfuncției tiroidiene, produsul reprezentînd sintetizarea hormonului tireotrop.

281. **TIAMINĂ (vitamina B_1)** — sin. ANEURINĂ ● Vitamină cu rol în metabolismul glucidelor, intervenind în procesul de fosforilare oxidativă. Este indicat în alcoolism, delirium tremens, toxicomanie, sindroame de sevraj, astenie, polinevrite. Are o singură contraindicație : alergia la tiamină, existînd riscul unui șoc tiaminic, cu evoluție malignă. Necesită atenție în administrarea intravenoasă.

282. **TIAPRIDAL**$^{(M)}$ Belgia ; **TIAPRIDEX**$^{(M)}$ Germania ; **TIAPRIZAL**$^{(M)}$ Spania — DCI *Tiapridă* ● Psihotrop, derivat benzamidic de tip N-/2-(dimetilamino)etil/-5-(metilsulfo-

nil)-0-anisamidă, indicat în diskinezii, diskinezii iatrogene (dopaminice, neuroleptice), coree și stări coreice. Efectele secundare sînt rare : somnolență, hipotensiune, amenoree.

283. **TIC** (cf. fr. *tic* ; în limbajul veterinar „contractură a mușchilor gîtului calului") ● Mișcare involuntară, bruscă, scurtă, rapidă, repetindu-se cu o anumită frecvență, interesînd un grup muscular sau un complex de zone musculare. Se manifestă mai frecvent la sexul masculin, îndeosebi de la vîrsta de cinci ani pînă la pubertate, iar unii autori semnalează existența unei predispoziții constituționale. Ticurile au cunoscut o atenție particulară în literatura psihiatrică franceză (CHARCOT, BRISSAUD, CRUCHET, MEIGE, FEINDEL), care a lăsat descrieri clasice.

În marea lor majoritate, ticurile se datorează unei cauze psihogene, existența unui conflict nevrotic apărînd evidentă, elementul central fiind reprezentat de insatisfacția afectivă. După ABRAHAM, ar fi vorba de simptome conversive, subiectul suferind în prezența unui conflict o regresie bruscă la stadiul anal. Personalitatea s-ar încadra tipologiei narcisice. Ca simptom, ticul ar traduce, după unii psihanaliști, o agresivitate reținută, nevoia de manifestare a revoltei, sentimentul de culpabilitate și necesitatea satisfacerii autoerotice (KAMMERER și COUDERT, 1985). Astfel, evenimentele trăite cu mare încărcătură afectivă, legate de tendințe instinctuale, sau pedeapsa pentru aceste tendințe sînt convertite în acte motorii ; afectele determinate de aceste evenimente își stabilsc echivalentul în mișcările involuntare care caracterizează ticurile. Ticul ar reprezenta fie afectul rămas inconștient, fie o apărare împotriva acestui afect, fie alte impulsiuni motorii care au fost refulate cîndva, cu ocazia reprimării unei excitații emoționale.

După alți autori, la baza formării ticurilor ar sta o tulburare mezencefalică. Diverse ticuri se întîlnesc și în encefalita cronică, unde sînt asociate cu tulburări respiratorii (ticuri respiratorii).

Se descrie o mare diversitate de ticuri, ele putînd fi localizate la față, gît, membre. Există chiar și ticuri de limbaj și ticuri fonatorii, iar autorii francezi numesc tic de gîndire tendința involuntară de a exprima verbal, în mod identic, idei diferite. Pot fi simple (clipirea pleoapelor, sucirea capului), dar pot fi și gesturi complexe, cu caracter compulsiv (scărpinarea pielii capului, onicofagie, aranjarea vestimentației) și chiar ritmii nevrotice (legănatul de adormire).

Subiectul își recunoaște cu jenă afecțiunea, încearcă să lupte și chiar reușește să reducă în mod voluntar frecvența mișcărilor, chiar să le oprească, dar aceasta pentru scurt timp și cu prețul creșterii anxietății, consecința fiind, de obicei, o accentuare a ticului. Uneori, ca în cazul bolii Gilles de la Tourette (boala ticurilor), se observă influența stărilor emoționale, a oboselii și a situațiilor stresante, care tind să agraveze frecvența și intensitatea mișcărilor (odihna, liniștea au efectul contrar). Tot în cazul acestei boli se constată asocierea frecventă cu coprolalia, copropraxia, ecolalia, ecopraxia.

Ticul dureros al feței denumește nevralgia cronică de trigemen, în care se produc descărcări algice paroxistice de scurtă durată, determinînd o mimică specifică, dureroasă.

Ticul somnului (jactatio capitis nocturna) se manifestă la copii ; aceștia își mișcă ritmic capul pe pernă, legănîndu-l în momentul adormirii.

Ticul Salaam, de asemenea întîlnit la copii, constînd în mișcări ale capului, ample și cu frecvență crescută, evocînd salutul arab, poate fi o manifestare epileptică. Multe ticuri au tendința de a se remite spontan, altele persistă și cunosc perioade de agravare ; unele ticuri se transformă prin interesarea altor grupe musculare, altele sînt rebele la tratament și recidivează.

Psihoterapia, terapiile de inducție corporală bazate pe relaxare pot da rezultate cînd originea organică a fost exclusă cu certitudine. În formele severe, uneori invalidante și de cele mai multe ori cu răsunet pe plan socioprofesional și familial, este necesar tratamentul cu neuroleptice sedative.

284. **TIC DUREROS AL FEȚEI** — sin. FOTHERGILL(B) boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEVRALGIE TRIGEMINALĂ.

285. **TIC (AL) GÎNDIRII** (cf. fr. *tic de pensée*) ● Folosirea nedeliberată de către subiect a aceleiași expresii verbale pentru gînduri avînd un conținut diferit (→TIC).

286. **TIC PSIHIC** (cf. fr. *tic* ; gr. *psyche* „suflet") ● Acţiune nedeliberată pe care un subiect o întreprinde sub influenţa unui impuls morbid irezistibil, imposibil de controlat.

287. **TIC AL SOMNULUI** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ JACTATIO CAPITIS NOCTURNA.

288. **TICURI (de) REVERENŢĂ (MARCHAND ; TICURI DE TIP SALAAM** — sin. BLITZKRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF ; BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE ; CRIZE ÉCLAIRE ; CRIZE SURSAUT ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HISPARITMIE ; GIBBS$^{(B)}$ boală ; HISPARITMIE; MASSIVE MYOCLONIC JERKS; NICKKRÄMPFE ; PETIT MAL PROPULSIVE ; SPASM INFANTIL ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WEST$^{(S)}$ sindrom.

289. **TIDEX$^{(M)}$** SUA — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea lui în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

290. **TIFOIDĂ ŞI PARATIFOIDĂ — febră** (cf. gr. *typhos* „stupoare, letargie" ; *para* „aproape de") ● Afecţiune produsă de endotoxinele microbiene ale grupului salmonella, al cărei răsunet clinic a diminuat mult prin introducerea antibioterapiei. Celebrele epidemii din secolele trecute au prilejuit medicilor descrieri clinice ample, care relevau gravitatea tulburărilor psihice apărute în cursul evoluţiei acestor boli infecţioase. Numite de CHOMEL tifos (1834), infecţiile ce evoluau cu febră mare şi tulburări ale conştiinţei (stare confuzională, agitaţie, automatism ambulator) erau spitalizate în instituţii psihiatrice (simptomatologia psihică se instala precoce, creînd dificultăţi de diagnostic).

Atunci cînd se instalează perioada de stare, simptomatologia de prim plan este neuropsihică, intensitatea fiind variabilă, în funcţie de gradul de afectare a sistemului nervos central. Se descrie astfel o encefalită „minoră", caracterizată prin stări confuzionale ce pot asocia onirismul şi unele tulburări neurovegetative. Formele grave pot merge pînă la stupoare, comă, agitaţie psihomotorie violentă, semne neurovegetative grave (colaps cardiovascular, hipertermie, hiperazotemie). A. şi M. POROT (1985) menţionează şi „forme reziduale" : bulbară, fronto-cerebeloasă, extrapiramidală şi subcorticală, hipertonică, catatonică, encefalo-mielitică.

Febrele paratifoide se caracterizează printr-o simptomatologie mai atenuată. Antibioterapia în doze eficiente şi cu o durată adecvată amendează atît simptomatologia clinică generală, cît şi pe cea psihică.

291. **TIFOMANIE** (cf. gr. *typhos* „toropeală, letargie" ; *mania* „nebunie") ● Formă de delir acut a cărui caracteristică o reprezintă o vorbire incoerentă, nedesluşită ; a fost descris în cursul tifosului sau al febrei tifoide.

292. **TIFOS** (cf. gr. *typhos*) ● Termen care nu mai este folosit în limbajul medical actual, dar care apare în vechile descrieri ale unor afecţiuni febrile, numite „tifoide", diferenţiate ulterior pe baza etiologiei bacteriologice (salmoneloze). Termenul desemnează, de fapt, o stare de prostraţie, somnolenţă, obtuzie, întîlnită în cursul evoluţiei (fără tratament) a febrei tifoide (→TIFOIDĂ şi PARATIFOIDĂ — febră). Aşa cum remarcă A. POROT şi J. C. SCOTTO (1985), acest tablou clinic lipseşte cu desăvîrşire astăzi, datorită progreselor importante realizate după introducerea terapiei antibiotice specifice.

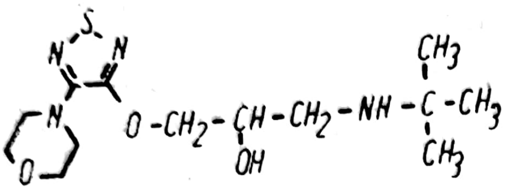
293. **TIFOS EXANTEMATIC** ● Boală infecţioasă acută, al cărei agent cauzal este Rickettsia prowazecki ; este transmisă omului prin intermediul păduchelui (sau, sporadic, printr-o autoinfecţie endogenă) ; prezintă interes istoric pentru psihiatrie prin numărul mare de sinucideri (pînă la 40% după unii autori) în stadiile terminale ale bolii.

Boala este supranumită şi „tifos istoric", deoarece a reapărut epidemic simultan cu o serie de evenimente importante : prima epidemie (1489), la asediul Granadei, cu 16 000 de victime din armatele regelui Spaniei ; în timpul campaniilor din Italia din războiul franco-spaniol (1505 şi 1550) ; în timpul campaniei otomane în Ungaria (1453), tifosul a făcut enorme ravagii ; în campania lui Napoleon în Rusia, ravagiile făcute de tifos au fost îngrozitoare (numai la Vilna, din 30 000 de prizonieri au murit 5/6) ; în primul război mondial, epidemiile din Austria, Polonia, Rusia, România, Serbia au făcut mai multe victime decît armele de foc ; în timpul atacului german împotriva Uniunii Sovietice, doar în prima lună s-au înregistrat 10 000 de cazuri de tifos, cu o mortalitate de 14%.

În prezent, incidenţa bolii este „un accident", făcînd parte din cadrul bolilor practic eradicate (→RICKETSIOZE).

294. **TIGMANESTEZIE** (cf. gr. *thigma* „pipăit" ; *a(n)* — prefix privativ ; *aisthesis* „senzaţie") ● Anestezie tactilă. Termenul are o utilizare din ce în ce mai redusă.

295. **TIMACAR**$^{(M)}$ Danemarca | — DCI *Ti-*
TIMACOR$^{(M)}$ Franţa | *molol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butilamino-3-/(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il)oxil/-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice, alcoolism şi ca adjuvant în tratamentul sevrajelor. Nu duce la dependenţă, nu se asoicază cu IMAO → BETABLOCANTE.



296. **TIMAXEL**$^{(M)}$ Franţa — DCI *Metapramină* ● Timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-metil-10-(metilamino)-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acţiune anxiolitic-sedativă ; acţiunea antidepresivă este moderată. Nu se asociază cu IMAO.

297. **TIMERETICE** (cf. gr. *thymus* . „spirit" ; *erethismos* „excitant") → ANTIDEPRESIVE.

298. **TIMERGASIE** (cf. gr. *thymos* ; *ergasia* „muncă") ● Termen propus de MEYER pentru a înlocui pe cel de psihoză afectivă, în sistemul său ergasiologic (→ ERGASIE ; ERGASIOLOGIE ; MEYER Adolf).

299. **TIMIDITATE** (cf. lat. *timiditas* „temere, sfială") ● Însuşire psihoindividuală opusă dezinvolturii, exprimată comportamental-atitudinal prin nesiguranţă de sine, sfială, lipsă de îndrăzneală în plan acţional şi relaţional (noncombativitate, defensă şi anxietate socială), emotivitate crescută, cu tendinţă de conversiune, dificultăţi de comunicare şi de integrare socială. Reprezintă un fenomen normal în copilărie şi la pubertate, găsindu-şi adesea explicaţia în carenţele educaţionale din familie (abandon educativ, familie dezorganizată, atitudini parentale hiperexigente sau, dimpotrivă, hiperprotectoare) şi în insuficienta cristalizare a imaginii de sine a preadolescentului. Tot la aceste vîrste, dezinvoltura poate reprezenta o formulă de „faţadă" pentru mascarea timidităţii.

Combaterea timidităţii la copii şi puberi implică un tact pedagogic deosebit, iar pentru pedopsihiatri — adoptarea de măsuri psihoterapice adecvate (ludoterapie de grup omogen, psihoterapii ale cuplului marital etc.). Persistenţa ei la maturitate creează probleme individului în asumarea de roluri şi statute şi, mai ales, în extinderea sferei de relaţii sociale, ceea ce grevează implicit asupra randamentului util-productiv facilitat de formele de colaborare şi cooperare în muncă.

Persoana timidă este, de regulă, o fire impresionabilă, cu o reactivitate emoţională crescută (chiar la stimuli minori), care preferă singurătatea în locul petrecerii timpului cu ceilalţi oameni. În colectivitate şi, mai ales, în prezenţa unor persoane necunoscute, comite stîngăcii sau gafe, manifestă tăceri nejustificate sau dificultăţi în exprimare (balbism), prezentînd adesea tulburări neurovegetative (eritem pudic, palpitaţii, tremor al extremităţilor etc.) care-o deconspiră în faţa celorlalţi, accentuîndu-i timiditatea. Inhibiţia şi retragerea în sine, izolarea şi inactivitatea, care se soldează cu accentuarea sentimentelor de inferioritate, reprezintă aşadar simptome secundare ale timidităţii. Un rol decisiv în desfăşurarea sau în reducerea amplitudinii ei revine grupului social de apartenenţă (căruia îi aparţine timidul), precum şi cultivării încrederii în sine prin formele de „întărire" pozitive sau prin atribuirea progresivă de responsabilităţi pe linie de rol şi statut. Tipologii (R. Le SENNE) au încadrat timizii în categoria sentimentalilor, caracterizaţi prin emotivitate, inactivitate, secundaritate. Într-o încercare de inventariere a variantelor de timiditate, Ursula ŞCHIOPU şi colab. enumeră :

- timiditatea normală, echivalentă cu modestia şi rezerva persoanei bine educate, opusă insolenţei şi aroganţei ;
- timiditatea obişnuită, a persoanei normale, dar supuse unor circumstanţe noi sau neobişnuite ;
- timiditatea profesională, sinonimă cu tracul emoţional-afectiv al elevului scos la tablă sau al lectorului ;
- timiditatea constituţională, care prezintă, în forme accentuate, simptomele de recunoaştere ale timidităţii enumerate anterior ;
- timiditatea dobîndită ca urmare a unor carenţe afective şi educative ale familiei de origine ;
- timiditatea prin imaturitate afectivă, echivalentă cu puerilismul ;
- timiditatea patologică a nevroticului obsesional, fobic-anxios.

Dealtfel, din perspectivă psihiatrică, timiditatea constituţională reprezintă terenul cel mai favorabil instalării unor nevroze, după cum accentuarea timidităţii la adolescenţă sau excesiva repliere în sine şi izolare ridică probleme serioase legate de posibilitatea instalării insidioase a unui proces patologic.

300. **TIMIE** (cf. gr. *thymos* „spirit") ● Termen folosit, în general, ca sinonim pentru afectivitate ; la autorii de limbă franceză desemnează însă, de obicei, o dispoziție afectivă (→AFECTIVITATE ; DISPOZIȚIE).

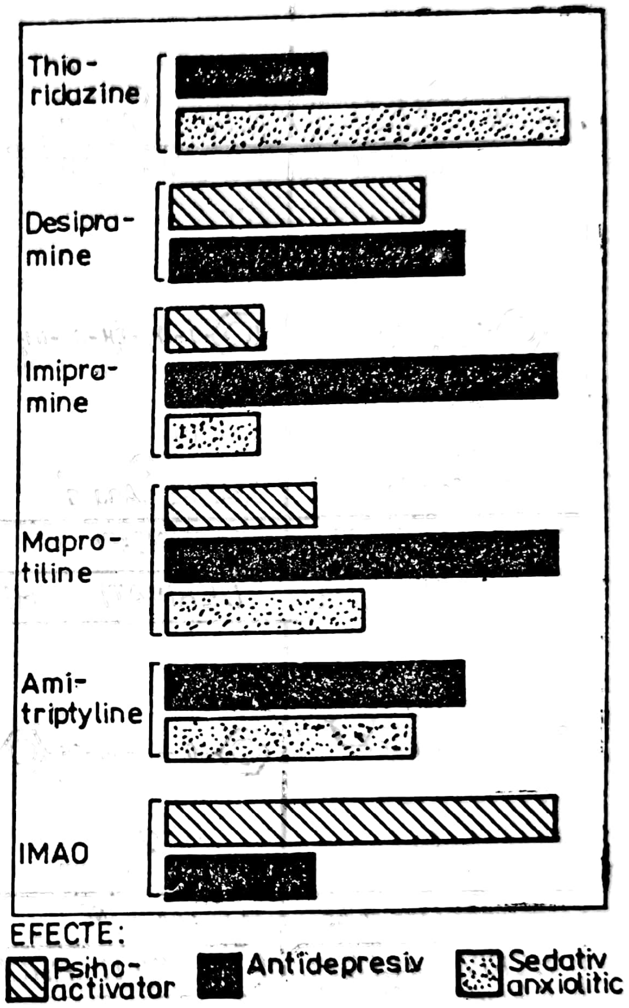
301. **TIMO-** (cf. gr. *thymos*) ● Element de compunere care introduce referirea la afectivitate, dispoziție afectivă.

302. **TIMOANALEPTICE** (cf. *timo* — ; gr. *analeptikos* „care reface, restaurează") — sin. TIMERETICE ● Grup de substanțe antidepresive, care ameliorează timia fără a avea efectele sedative ale timolepticelor.

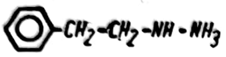
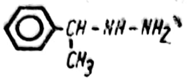
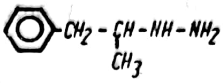
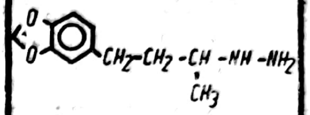
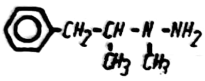
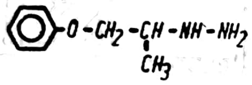
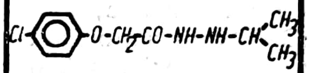
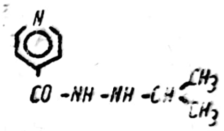
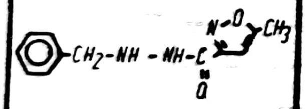
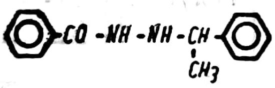
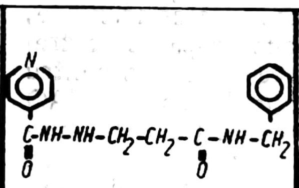
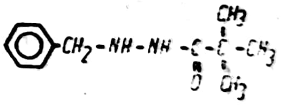
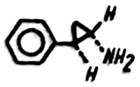
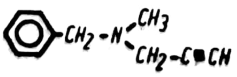
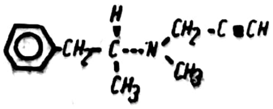
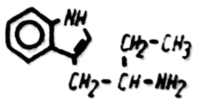
Acțiunea lor se exercită prin inhibarea monoaminooxidazelor, fiind denumite și IMAO. În ultimul timp s-au evidențiat două tipuri de MAO (se pare însă că în organism sînt mai multe) : MAO A cu acțiune predominantă pe 5-hidroxitriptamină și noradrenalină, sensibilă la clorgilină, și MAO B, care acționează pe substrat de feniletilamină și benzilamină și este inhibată de deprenil (→ IMAO). Produșii IMAO descoperiți recent produc fie o inhibiție selectivă a MAO-A (clorgilina), fie o inhibiție neselectivă reversibilă (toloxantona sau selegilina). Inhibiția produsă de clorgilină are un anume grad de reversibilitate, fapt care prezintă o importanță terapeutică deosebită, pentru că această reversibilitate permite începerea imedită a unui tratament cu triciclice, nemaifiind necesară perioada de pauză de trei săptămîni, așa cum se punea problema pentru substanțele IMAO clasice (molecula de IMAO fixată ireversibil pe enzimă, acționează inhibitor permanent asupra acesteia, astfel încît administrarea unui antidepresiv triciclic conducea la creșterea monoaminelor în organism, fără posibilitatea neutralizării lor de către MAO). Această selectivitate a IMAO nou descoperiți are și o altă importanță : tiramina este neutralizată mai ales de către MAO de tip B, astfel încît administrarea unui IMAO selectiv de tip A produce efecte antidepresive, dar nu dă accidente la aportul exogen de tiramină, aceasta putînd fi metabolizată de MAO de tip B, a cărei activitate nu a fost inhibată.

Datorită acestor noi descoperiri, IMAO cunosc o nouă perioadă de interes terapeutic, atît datorită reevaluării efectelor lor secundare (→IMAO), cît și datorită dezvoltării de noi preparate selective. Efectul lor analeptic se datorează acțiunii de suprimare a fazei REM a somnului (acțiune al cărei mecanism nu este pe deplin elucidat) ; în depresii, IMAO corectează tulburarea ritmului somn/veghe, prin scăderea perioadei de somn (reducerea somnolenței), avînd și un efect psihostimulator.

Studiile comparative între IMAO și alte psihotrope, privind efectul antidepresiv, psihostimulent și sedativ, efectuate de cercetătorii laboratoarelor CIBA-GEIGY, relevă următorul aspect, destul de sugestiv pentru acțiunea analeptică a clasei de substanțe discutate :



Utilizarea clinică actuală a IMAO este recomandată în narcolepsie, în depresiile rezistente la alte terapii, în depresiile atipice, depresiile cu hipersomnie, depresiile cu bulimie și în cele cu „stigmate isterice" (SIMPSON și WHITE, 1982) ; Mc GRATH (1984) le recomandă și în depresia majoră. Folosirea lor rămîne însă prejudiciată de efectele secundare de hipotensiune ortostatică și de crizele de hipertensiune apărute în cazul interacțiunii cu amine biogene.

DCI FENELZINE  KALGAN Ⓜ R.D.G.	DCI MEBANAZINE  ACTOMOL Ⓜ Anglia	DCI FENILPRAMINE  CATRON Ⓜ S.U.A.	DCI SAFRAZINE  SAFRA Ⓜ Japonia
DCI METFENDRAZINE  H.M.-11 Ⓜ Spania	DCI FENOXIPROPAZINE  DRAZINE Ⓜ Anglia	DCI IPROCLOZINE  SURSUM Ⓜ Franta	DCI IPRONIAZID  IPRAZID Ⓜ U.R.S.S.
DCI ISOCARBOXAZID  MARPLAN Ⓜ Italia	DCI BENMOXIN DERIVATI HIDRAZINICI  NERUSIL Ⓜ Spania	DCI NIALAMIDE  NIALAMIDE Ⓜ Ungaria	DCI PIVHYDRAZINE  TERSAVID Ⓜ Elvetia
DCI TRANYLCYPROMINE DERIV. CYCLOPROPYLAMINIC  TRANSAMIN Ⓜ U.R.S.S.	DCI PARGYLINE DERIVATI PROPARGYLAMINICI  PARGYLIN Ⓜ R.D.G.	DCI SELEGILINE  JUMEX Ⓜ Ungaria	DCI ETRYPTAMINE DER. INDOLIC  MONASE Ⓜ S.U.A.

Asocierea IMAO cu alte antidepresive triciclice era, pînă nu de mult, contraindicată, deoarece creşterea nivelului neurotransmiţătorilor în fanta sinaptică, prin inhibarea MAO, se solda cu apariţia unor crize hipertensive de o gravitate extremă, mai ales în primele 36 de ore de a asociere. Recent însă, studii concludente au relevat faptul că, la bolnavii rezistenţi la terapia antidepresivă obişnuită, asocierea între IMAO şi triciclice este posibilă, mai mult chiar, PARÉ şi colab., în 1982, au demonstrat că amitriptilina previne chiar „reacţia de brînză", la bolnavii trataţi cu IMAO, care consumă alimente bogate în tiramină.

Încă din 1979, KABES a demonstrat eficienţa asocierii IMAO cu viloxazina la bolnavii rezistenţi la terapia antidepresivă clasică.

Studiile clinice efectuate de FEIGHNER, HERBSTEIN şi DAMLOUJI, în 1985, au demonstrat eficacitatea asocierii IMAO cu psihostimulente de tip metilfenidat şi dextroamfetamină (asociere teoretic contraindicată) în depresiile rezistente la alte tratamente, cu o toleranţă relativ bună, cu excepţia hipotensiunii şi a unei stări de hiperexcitabilitate, constînd din iritabilitate, insomnii, anxietate.

În aceste asocieri se folosesc medicamente care, în antecedentele bolnavului, au avut asupra simptomatologiei un oarecare efect benefic. Ordinea în care se introduc ar putea fi : triciclicul seara, apoi IMAO în cursul zilei şi apoi (eventual) psihostimulentul tot în cursul zilei. Dacă se foloseşte numai asocierea IMAO cu psihostimulentele, mai întii se introduce IMAO.

Deşi rezultatele acestor studii sînt încurajatoare, aplicabilitatea acestor asocieri rămîne valabilă numai în cazuri strict delimitate de nonrespondenţă la terapiile uzuale. Deşi, în trecut, riscurile acestor asocieri au fost exagerate, ele rămîn şi astăzi o posibilitate reală, indiferent dacă riscul letal este destul de mic. Existenţa riscurilor impune o atitudine rezervată în admnistrarea acestor asocieri, care se face numai în condiţii de spitalizare şi sub supraveghere medicală strictă. Bolnavilor cărora li se aplică această terapie combinată trebuie, în prealabil, să li se efectueze un riguros bilanţ somatic, iar BLACKWELL recomandă ca, înaintea acestei terapii, să fie făcută o pauză de 10—14 zile, timp în care nu se administrează nici un drog. Dozele iniţiale trebuie să fie mici, crescînd treptat, zilnic, timp de 2—3 săptămîni, iar calea de administrare este cea orală.

Asocierea IMAO cu neoroleptice nu numai că în ultimul timp este recomandată în cazuri strict delimitate, dar este chiar standardizată în medicamente în care tranilcipromina este asociată trifluoperazinului : Parmodalin, Parstelin, Stelapar I şi Stelapar II.

Situaţiile de risc ale administrării IMAO le reprezintă : schizofrenia în stadiul defectual, în care IMAO sînt contraindicate datorită posibilităţii reactivării psihotice, precum şi din cauza imposibilităţii menţinerii restricţiei alimentare, şi bolnavii vîrstnici, care sînt mai sensibili la efectele secundare ale IMAO (deşi, teoretic, contraindicaţia ar fi relativă pentru că, odată cu vîrsta, activitatea MAO creşte).

Intoxicaţia acută cu IMAO — în scop suicidar sau accidental — se produce la doze de cel puţin 5—10 ori mai mari decît dozele zilnice uzuale. Deşi, iniţial, semnele clinice sînt nealarmante, în decurs de 24 de ore simptomatologia poate deveni extrem de gravă : agitaţie, tremor, oscilaţii tensionale mari, spasme musculare, hiperpirexie şi convulsii. Pe lîngă instituirea măsurilor de asistare a respiraţiei şi susţinere cardiovasculară, terapia specifică acestui tip de intoxicaţie o constituie practololul (10 mg i.v., care se pot repeta după două ore) şi miorelaxantele. Hemodializa este ineficientă.

O particularitate a administrării IMAO o reprezintă apariţia sindromului de tunel carpal, datorită deficitului de piridoxină, remediabil prin administrarea acesteia.

În ceea ce priveşte dependenţa de IMAO, au fost publicate cazuri de adicţie la tranilcipromină, fenomen explicat prin proprietăţile euforizante ale acesteia (are structură asemănătoare amfetaminei).

Principalele timoanaleptice utilizate în practică sînt :

TABEL CXC

Derivați	D.C.I.	*Produsul Farmaceutic*	*Țara producătoare*
1	2	3	4
HIDRAZINICI	FENELZINĂ	FENELZIN$^{(M)}$ KALGAN$^{(M)}$ MONOFEN$^{(M)}$ NARDELZINE$^{(M)}$ NARDIL$^{(M)}$ STINERVAL$^{(M)}$	Danemarca Germania Norvegia Franța Anglia SUA
	MEBANAZINĂ	ACTAMOL$^{(M)}$ ACTOMOL$^{(M)}$	SUA Anglia
	FENIPRAZINĂ	CATRON$^{(M)}$ CATRONIAZIDE$^{(M)}$ CAVODIL$^{(M)}$	Japonia SUA Anglia
	SAFRAZINĂ	SAFRA$^{(M)}$	Japonia
	FENOXIPROPAZINĂ	DRAZINE$^{(M)}$	Anglia
	IPROCLOZID	SURSUM$^{(M)}$	Franța
	IPRONIAZID	IPRAZID$^{(M)}$ IPRONIAZIDA$^{(M)}$ IPRONID$^{(M)}$ MARSILID$^{(M)}$ PROPILNIAZIDA$^{(M)}$ RIVIVOL$^{(M)}$	C.S.I. Spania Norvegia Franța Portugalia Italia
	ISOCARBOXAZID	ENERZER$^{(M)}$ MARPLAN$^{(M)}$	Japonia Anglia, Franța
	BENMOXIN	NERUSIL$^{(M)}$ NEURALEX$^{(M)}$	Spania Franța
	NIALAMIDĂ	ESPRIL$^{(M)}$ NIAMID$^{(M)}$ NIAMIDE$^{(M)}$ NUREDAL$^{(M)}$ SURGEX$^{(M)}$	Italia Elveția Franța Ungaria Italia
	PIVHIDRAZINĂ	NEOMARSILID$^{(M)}$ TERSAVID$^{(M)}$	SUA Elveția

TABEL CXC (continuare)

1	2	3	4
CICLOPRO-PILAMINICI	TRANILCIPROMINĂ	PARNATE$^{(M)}$ TRANSAMIN$^{(M)}$ TRANSAPIN$^{(M)}$ TYLCIPRINE$^{(M)}$	Anglia, Canada, Danemarca, Spania, SUA C.S.I. C.S.I. Franța
PROPARGIL-AMINICI	PARGILINĂ	EURONYL$^{(M)}$ PARGYLIN$^{(M)}$ TENALIN$^{(M)}$	Anglia Germania Canada
	SELEGILINĂ	DEPRENYL$^{(M)}$ JUMEX$^{(M)}$ LESOTAL$^{(M)}$	Ungaria Ungaria Iugoslavia
INDO-LICI	ETRIPTAMINĂ	MONASE$^{(M)}$	Suedia

303. **TIMODYNE$^{(M)}$** Elveția, Franța — DCI *Mefexamidă* ● Psihotrop de tip N-/2-(dietilamino)etil/-2-(p-metoxifenoxi)-acetamidă, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, fără efecte simpaticomimetice marcate.

304. **TIMOGENIC/TIMOGENETIC** (cf. gr. *thymos* „spirit"; *gennan* „a naște") ● Termenul se referă la fenomenele, acțiunile, situațiile care au o origine sau motivație afectivă, fie ea pozitivă sau negativă, influențînd comportamentul subiectului.

305. **TIMOLATE$^{(M)}$** Franța — DCI *Timolol* ● Psihotrop cu acțiune betablocantă→TIMOLOL$^{(DCI)}$.

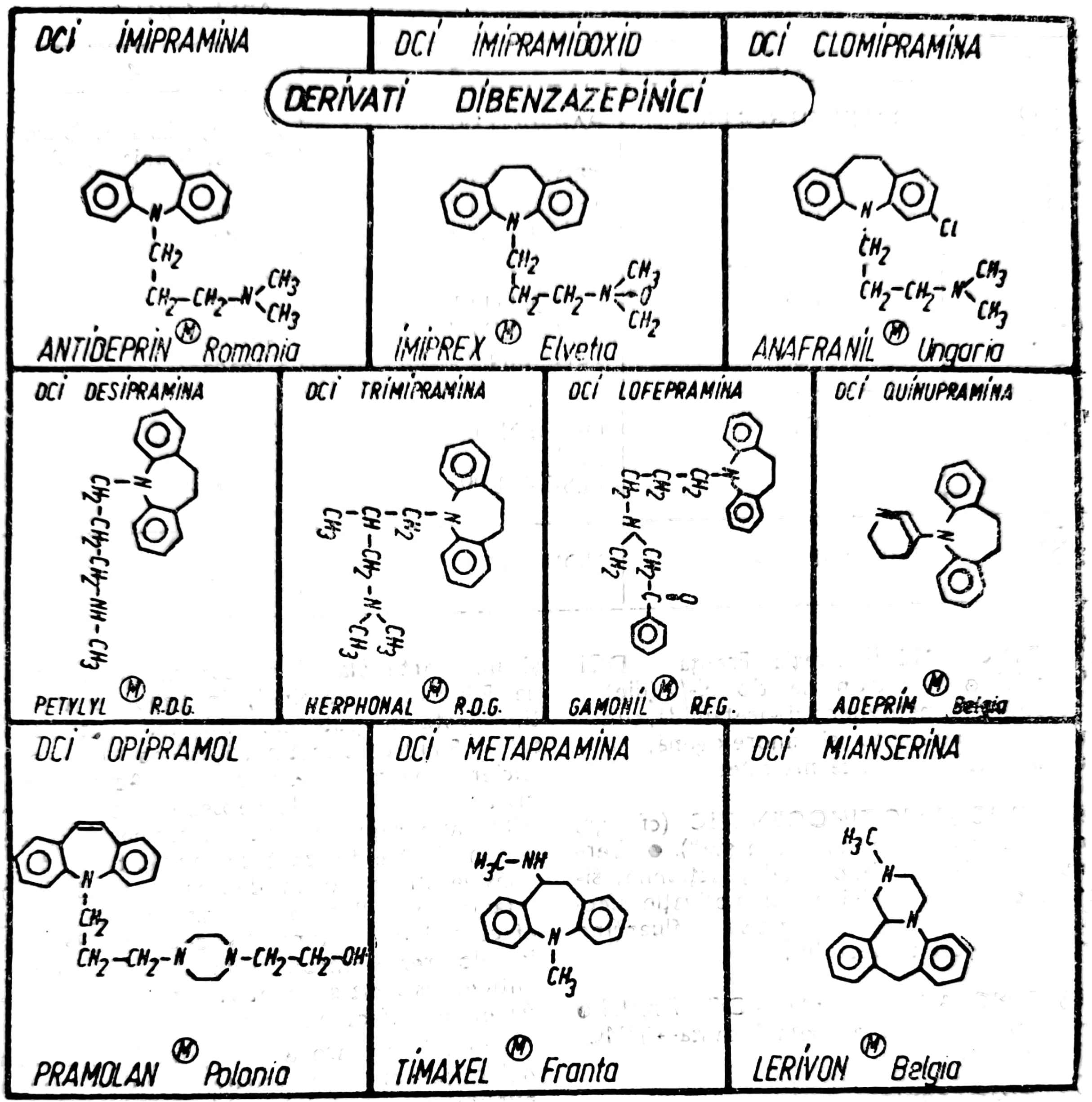
306. **TIMOLEPTICE** (cf. gr. *thymos*; *lepsis* „fixare") ● Clasă de psihotrope cu efect antidepresiv, de scădere a tensiunii intrapsihice și sedare. Din această categorie fac parte antidepresivele ciclice și cele atipice (→ANTIDEPRESIVE). Deși heterogene din punct de vedere al structurii chimice, acțiunea lor antidepresivă unitară este datorată acțiunii la nivelul aminelor cerebrale. Timolepticele potențează acțiunea acestor amine prin blocarea inactivării (scăderea receptării lor la nivelul terminațiilor nervoase). Acțiunea lor antidepresivă variază de la un medicament la altul în funcție de selectivitatea acestuia față de o anumită amină (norepinefrină, hidroxitriptamină sau dopamină), al cărei transport neuronal îl blochează; astfel, desipramina este un puternic inhibitor al transportului norepinefrinei și un foarte slab inhibitor al transportului de 5-hidroxitriptaminei, în timp ce amitriptilina este un puternic inhibitor al transportului 5-hidroxitriptaminei, fiind mai puțin eficientă în cazul norepinefrinei. Această selectivitate a inhibiției le deosebește de alți inhibitori ai norepinefrinei și dopaminei, care, deși au un efect euforizant de moment, nu pot fi considerați agenți antidepresivi (cocaina, amfetaminele). Blocarea dopaminergică are un efect mai mult stimulativ decît antidepresiv, iar blocarea 5-hidroxitriptaminei are efect atît antidepresiv cît și sedativ. Blocarea norepinefrinei are efect antidepresiv.

Această inhibare a transportului monoaminelor cerebrale nu poate constitui singura explicație a efectului antidepresiv al timolepticelor. În sprijinul acestei idei, se aduc deocamdată două argumente:

— deși această blocare a transportului aminelor cerebrale apare imediat după administrare, efectul antidepresiv apare mult mai tîrziu; se pare că blocarea nu ar fi altceva decît un prim eveniment dintr-un lanț de evenimente care să determine acest efect;

— antidepresivele atipice care, în principal, au un mod diferit de acțiune, în cadrul căruia captarea aminelor cerebrale are un rol minor.

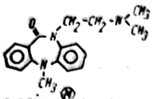
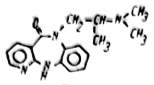
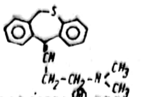
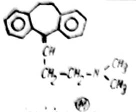
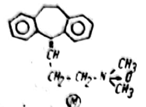
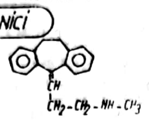
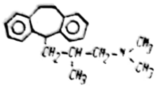
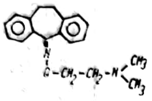
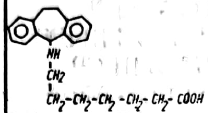
Administrarea unui timoleptic are ca efect imediat o scădere a turnoverului aminelor cerebrale, ceea ce înseamnă o creștere a acțiunii lor la nivelul autoreceptorilor presi-

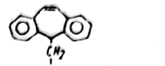
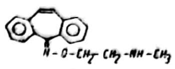
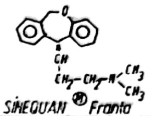
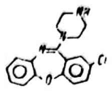
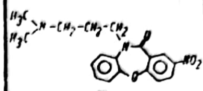
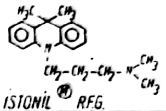
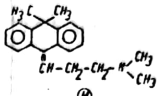
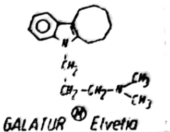
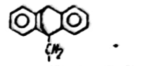

DERIVAȚI DIBENZAZEPINICI
DCI IMIPRAMINA
ANTIDEPRIN Ⓜ Romania
DCI IMIPRAMIDOXID
IMIPREX Ⓜ Elveția
DCI CLOMIPRAMINA
ANAFRANIL Ⓜ Ungaria
DCI DESIPRAMINA
PETYLYL Ⓜ R.D.G.
DCI TRIMIPRAMINA
HERPHONAL Ⓜ R.D.G.
DCI LOFEPRAMINA
GAMONIL Ⓜ R.F.G.
DCI QUINUPRAMINA
ADEPRIM Ⓜ Belgia
DCI OPIPRAMOL
PRAMOLAN Ⓜ Polonia
DCI METAPRAMINA
TIMAXEL Ⓜ Franța
DCI MIANSERINA
LERIVON Ⓜ Belgia

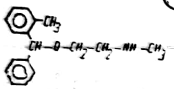
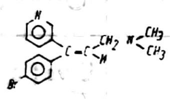
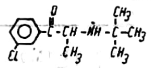
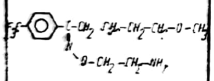
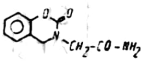
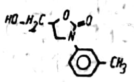
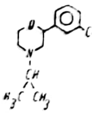
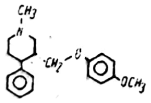
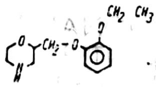
naptici, astfel încît se accelerează transmiterea influxului de la neuronii monoaminergici. Dacă însă se continuă administrarea timolepticului, în mod aproape paradoxal, turnoverul monoaminelor revine la valorile avute înaintea începerii tratamentului. Acest fapt este explicat printr-o desensibilizare (schimbare adaptativă) a receptorilor presinaptici alfa-2-adrenergici. Administrarea îndelungată a timolepticelor conduce în cele din urmă la [illegible] creştere a responsivităţii neuronale la agoniştii receptorilor alfa-2-adrenergici, cu creşterea posibilităţii ca aceşti agonişti să împiedice legarea unor antagonişti (prazozin). Administrarea cronică a triciclicelor conduce la sensibilitatea neuronală crescută pentru 5-hidroxitriptamină, asociată unei scăderi a număului de 5-HT$_2$ receptori (studiile radioactive cu spiperonă).

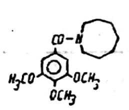
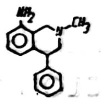
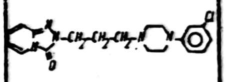
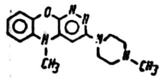
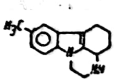
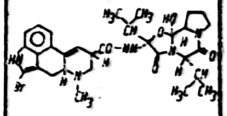
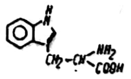
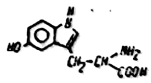
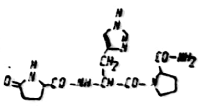
Se produce, de asemenea, o scădere a situsurilor de legare beta-adrenergice şi o scădere a responsivităţii cerebrale la agonişti beta-adrenergici. Aceste rezultate ale studiilor experimentale demonstrează că rolul pe care timolepticele îl au în funcţionalitatea sistemului monoaminergic este deosebit de complex, mecanismele farmacologice responsabile de efectul antidepresiv fiind multiple.

O altă cale de acţiune a timolepticelor este cea de antagonizare a unor neurohormoni la nivelul receptorilor (studii in vitro şi in vivo): receptorii muscarinici, colinergici, alfa-1-adrenergici, receptorii H$_1$ şi H$_2$ (amitriptilina este

DCI DIBENZEPINA DERIVATI DIBENZODIAZEPINICI  NOVERIL Ⓜ Anglia	DCI PROPIZEPINA  DEPRESIN Ⓜ Franta	DCI DOSULEPIN DERIVAT DIBENZOTIEPINIC  PROTHIADEN Ⓜ R.F.G.
DCI AMITRIPTILINA DERIVATI DIBENZOCICLOHEPTADIENICI  AMITRIPTILINA Ⓜ Romania	DCI AMITRIPTILINOXID  AMBIVALON Ⓜ Elvetia	DCI NORTRIPTILINA  NORTRIPTILINA Ⓜ Romania
DCI BUTRIPTILINA  EVADENE Ⓜ Italia	DCI NOXIPTILINA  ELRONON Ⓜ R.D.G	DCI AMINEPTINA  SURVECTOR Ⓜ Franta

DCI PROTRIPTILINA DERIVATI DIBENZOCICLOHEPTATRIENICI  CONCORDIN Ⓜ Anglia	DCI DEMEXIPTILINA  DEPARON Ⓜ Franta	DCI DOXEPIN DERIVAT DIBENZOXEPINIC  SINEQUAN Ⓜ Franta
DCI AMOXAPINA DERIVATI DIBENZOXAZEPINICI  MOXADIL Ⓜ Franta	DCI SINTAMIL  SINTAMIL Ⓜ India	DCI DIMETACRIN DERIV. ACRIDANIC  ISTONIL Ⓜ R.F.G.
DCI MELITRACEN DERIV. ANTRACENIC  TRAUSABUM Ⓜ R.F.G	DCI IPRINDOL DERIVAT INDOLIC  GALATUR Ⓜ Elvetia	DCI MAPORTILINA DERIVAT DIBENZOCICLOOCTADIENIC  LUDIOMIL Ⓜ Romania

DCI TOFENACIN DIFERITI DERIVATI  ELAMOL Ⓜ Anglia	DCI. ZIMELDINA  NORMUD Ⓜ R.F.G.	DCI AMFEBUTAMONA  WELLABATRIN Ⓜ S.U.A
DCI VOXAMINA  MYROXIM Ⓜ Elvetia	DCI CAROXAZONA  TIMOSTENIL Ⓜ Italia	DCI TOLOXANTONA  PERENIUM Ⓜ Franta
DCI OXAFLOZANE  CONFLICTAN Ⓜ Franta	DCI FEMOXETINA 	DCI VILOXAZINA 

DCI TROCIMINE 	DCI NOMIFENSINA 	DCI TRAZODONE 
DCI AZAPHEN 	DCI PIRLINDOL 	DCI BROMCRIPTINA 
DCI TRYPTOPHAN 	DCI OXITRIPTAN 	DCI PROTIRELIN 

un puternic inhibitor al receptorilor muscarinici colinergici, H_1-histaminici şi alfa-1-adrenergici). Această acţiune, care nu are nimic de-a face cu efectul antidepresiv, este însă responsabilă de efectele secundare de sedare, hipotensiune, confuzie.

Studiile biochimice, care au relevat selectivitatea noradrenergică sau serotoninergică a antidepresivelor au deschis şi calea diferenţierii depresiilor în funcţie de aceşti doi indicatori (depresia prin deficit predominant nonadrenergic sau predominant serotoninergic) şi au favorizat elaborarea unor teste paraclinice de evidenţiere a respectivului tip de depresie, ceea ce ar permite abordarea terapeutică mai directă şi deci mai eficace (→ ANTIDEPRESIVE ; DEPRESIE).

Principalele timoleptice utilizate în practica curentă sînt :

TABEL CXCI

Derivaţi	*D.C.I.*	*Produsul farmaceutic*	*Ţara producătoare*
1	2	3	4
DIBENZAZEPINICI	IMIPRAMINĂ	ANTIDEPRIN$^{(M)}$	România
		ANTIPRESS$^{(M)}$	SUA
		DEPRAMINE$^{(M)}$	Grecia
		DYNAPRIN$^{(M)}$	Italia
		EUPRAMIN$^{(M)}$	Iugoslavia
		IMIPRAMIN$^{(M)}$	Danemarca
		IMIZINUM$^{(M)}$	C.S.I.
		IPROGEN$^{(M)}$	Anglia
		MELIPRAMIN$^{(M)}$	Ungaria
		PRIMONIL$^{(M)}$	Israel
		PRYLEUGAN$^{(M)}$	Germania
		PSYCHOFORIN$^{(M)}$	Bulgaria
		SURPLIX$^{(M)}$	Italia
		TOFRANIL$^{(M)}$	Elveţia, Germania
	IMIPRAMINOXID	DITISAN$^{(M)}$	Brazilia
		ELEPSIN$^{(M)}$	Argentina
		IMIPREX$^{(M)}$	Olanda
	CLOMIPRAMINĂ	ANAFRANIL$^{(M)}$	Elveţia, Germania **Ungaria**
		HYDIPHEN$^{(M)}$	Germania
		MARONIL$^{(M)}$	Israel
	DESIPRAMINĂ	IRENE$^{(M)}$	Italia
		NORPOLAKE$^{(M)}$	SUA
		PERTOFRAN$^{(M)}$	Anglia
		PERTOFRANA$^{(M)}$	Spania
		PETYLYL$^{(M)}$	Germania
		SERTOFREN$^{(M)}$	Norvegia
	TRIMIPRAMINĂ	HERPHONAL$^{(M)}$	Germania
		SAPILENT$^{(M)}$	Ungaria
		STANGYL$^{(M)}$	Germania
		SURMONTIL$^{(M)}$	Anglia, SUA
	LOFEPRAMINĂ	GAMONIL$^{(M)}$	Elveţia, Germania
		TYMELYT$^{(M)}$	Suedia
	QUINUPRAMINĂ	ADEPRIM$^{(M)}$	Belgia
		KINUPRIL$^{(M)}$	Franţa
	OPIPRAMOL	ENSIDON$^{(M)}$	Suedia
		INSIDON$^{(M)}$	Elveţia
		NISIDANA$^{(M)}$	Spania
		OPRIMOL$^{(M)}$	Israel
		PRAMOLAN$^{(M)}$	Polonia

TABEL CXCI (continuare)

1	2	3	4
DIBENZAZEPINICI	METAPRAMINĂ	RODOSTENE$^{(M)}$ TIMAXEL$^{(M)}$	Canada Franţa
	MIANSERINĂ	ATHYMIL$^{(M)}$ BOLVIDON$^{(M)}$ LANTANON$^{(M)}$ LERIVON$^{(M)}$ MIANSAN$^{(M)}$ TOLVIN$^{(M)}$ TOLVON$^{(M)}$	Franţa Anglia Spania Belgia Iugoslavia Germania Elveţia
DIBENZODIAZEPINICI	DIBENZEPINĂ	ECATRIL$^{(M)}$ NEODALIT$^{(M)}$ NOVERIL$^{(M)}$ NOVERIL R$^{(M)}$ NOVERIL 240 TR$^{(M)}$ SEDATIPLEX$^{(M)}$ VICTORIL$^{(M)}$	Franţa Suedia Iugoslavia Germania, Olanda Elveţia Grecia Israel
	PROPIZEPINĂ	DEPRESSIN$^{(M)}$ VAGRAN$^{(M)}$	Franţa Franţa
DIBENZOCICLOHEPTANICI	AMITRIPTILINĂ	AMITRIPTILINA$^{(M)}$ ADEPRIL$^{(M)}$ AMAVIL$^{(M)}$ AMITRIPTYLIN$^{(M)}$ AMITRIPTYLINUM$^{(M)}$ AMIZOL$^{(M)}$ BELPAX$^{(M)}$ DAPRIMEN$^{(M)}$ DEPREX$^{(M)}$ ELAVIL$^{(M)}$ LAROXYL$^{(M)}$ NORMALN$^{(M)}$ SAROTEN$^{(M)}$ SAROTEX$^{(M)}$ TEPERIN$^{(M)}$ TRIPTILIN$^{(M)}$ TRYPTAL$^{(M)}$	România Italia SUA Ceho-Slovacia Polonia Anglia Portugalia Grecia Canada Franţa Belgia Japonia Germania Olanda Ungaria Turcia Israel
	AMITRIPTILINOXID	AMBIVALON$^{(M)}$ EQUILIBRIN$^{(M)}$	Elveţia Germania
	NORTRIPTILINĂ	NORTRIPTILINĂ$^{(M)}$ ACETEXA$^{(M)}$ ALLEGRON$^{(M)}$ ALTILEV$^{(M)}$ MARTIMIL$^{(M)}$ NORTRILEN$^{(M)}$ NORTRIPTYLIN$^{(M)}$ NORTYLIN$^{(M)}$ PAMELOR$^{(M)}$ PAXTIBI$^{(M)}$ SENSAVAL$^{(M)}$ SENSIVAL$^{(M)}$ VIVIDYL$^{(M)}$	România Germania Anglia Franţa Spania Grecia Bulgaria Israel SUA Spania Suedia Elveţia Italia

TABEL CXCI (continuare)

1	2	3	4
	BUTRIPTILINĂ	EVADENE(M)	Italia
		EVADYNE(M)	Anglia
		EVASIDOL(M)	Austria
	NOXIPTILINĂ	AGEDAL(M)	Germania, Italia
		ELRONON(M)	Germania
		NOGEDAL(M)	Franța
		SIPCAR(M)	Argentina
	AMINEPTINĂ	SURVECTOR(M)	Franța
DIBENZO-CICLOHEPTATRIENICI	PROTRIPTILINĂ	CONCORDIN(M)	Anglia
		CONCORDINE(M)	Franța
		MAXIMED(M)	Germania
		TRIPTIL(M)	Canada
		VIVACTIL(M)	SUA
	DEMEXIPTILINĂ	DEPARON(M)	Franța
DIBENZOTIEPINICI	DOSULEPINĂ	DEPRESYM(M)	SUA
		PROTHIADEN(M)	Anglia, Franța
		XERENAL(M)	Austria
DIBENZOXEPINICI	DOXEPINĂ	DOXEPIN(M)	România
		ADAPIN(M)	SUA
		APONAL(M)	Germania
		DOKSAPAN(M)	Turcia
		GILEX(M)	Israel
		NOVOXAPIN(M)	Spania
		QUITAXON(M)	Franța
		SINEQUAN(M)	Anglia
		SINQUAN(M)	Germania
		TORUAN(M)	Spania
DIBENZO-XAZEPINICI	AMOXAPINĂ	AMOXAN(M)	Japonia
		ANAMOX(M)	SUA
		ASENDIN(M)	Canada
		DEMOLOX(M)	Anglia
		MOXADIL(M)	Franța
	SINTAMIL	SINTAMIL(M)	India
ANTRACENICI	MELITRACEN	ADAPTOL(M)	Spania
		DIXERAN(M)	Elveția
		MELIXERAN(M)	Italia
		THYMEOL(M)	Japonia
		TRAUSABUN(M)	Germania
ACRIDANICI	DIMETACRINĂ	ISTONIL(M)	Elveția
		LINOSTIL(M)	Olanda
	CLOMACRAN	DEVRYL(M)	Mexic
INDOLICI	IPRINDOL	GALATUR(M)	Elveția
		PRINDOL(M)	Finlanda
		PRONDOL(M)	Anglia
		TERTRAN(M)	SUA

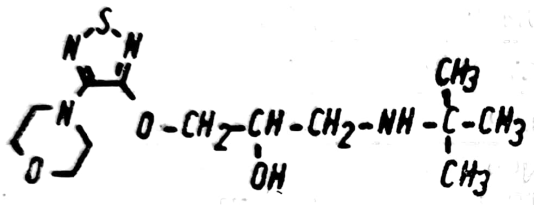
TABEL CXCI (continuare)

1	2	3	4
DIBENZOCICLOOCTADIENICI	MAPROTILINĂ	LUDIOMIL$^{(M)}$ LADIOMIL$^{(M)}$ LUDIOMIL$^{(M)}$ LUDIOMIL M$^{(M)}$ LUDOMIL$^{(M)}$	România Iugoslavia Anglia, Franţa Germania Chile
ALTI DERIVATI	TOFENACIN	ELAMOL$^{(M)}$ TOFACINE$^{(M)}$	Anglia Belgia
	ZIMELDINĂ	NORMUD$^{(M)}$ ZELMID$^{(M)}$ ZELMIDINE$^{(M)}$	Germania Anglia Belgia
	AMFEBUTAMONĂ	WELLBATRIN$^{(M)}$	SUA
	FLUVOXAMINĂ	MYROXIM$^{(M)}$	Elveţia
	CAROXAZONĂ	TIMOSTENIL$^{(M)}$	Italia
	TOLOXANTONĂ	PERENIUM$^{(M)}$	Franţa
	OXAFLOZANĂ	CONFLICTAN$^{(M)}$	Franţa
	FEMOXETINĂ	MALEXIL$^{(M)}$	Danemarca
	VILOXAZINĂ	VIVALAN$^{(M)}$ VIVARINT$^{(M)}$	Germania Spania
	TROCIMINĂ	ORIGEN$^{(M)}$	Ungaria
	NOMIFENSINĂ	ALIVAL$^{(M)}$ ANAMETRIN$^{(M)}$ MERITAL$^{(M)}$ NOMIFENSIN$^{(M)}$ PSICRONIZER$^{(M)}$	Germania, Franţa Portugalia Anglia Japonia Italia
	TRAZODONĂ	DESYREL$^{(M)}$ MOLIPAXIN$^{(M)}$ PRAGMAZONE$^{(M)}$ THOMBRAN$^{(M)}$ TRAZODONE$^{(M)}$ TRESIN$^{(M)}$ TRITTICO$^{(M)}$	SUA Anglia Franţa Germania Spania Portugalia Italia
	ETOPERIDONĂ	STAFF$^{(M)}$	Italia
	AZAFEN	AZAFEN$^{(M)}$ AZAPHEN$^{(M)}$	Iugoslavia C.S.I.
	PIRLINDOL	EUTHYM$^{(M)}$ PIRAZIDOL$^{(M)}$	Germania Iugoslavia
	BROMOCRIPTINĂ	BROMERGON$^{(M)}$ PARLODEL$^{(M)}$ PRAVIDEL$^{(M)}$	Iugoslavia Franţa, Anglia Germania, Suedia
	TRIPTOFAN	ARDEYDORM$^{(M)}$ DEPREDOR$^{(M)}$ OPTIMAX$^{(M)}$ TRYPTAN$^{(M)}$	Germania Elveţia Anglia Japonia

TABEL CXCI (continuare)

1	2	3	4
ALTI DERIVATI	OXITRIPTAN	CINCOFARM(M) LEVOTHYM(M) PRETONINE(M) TELESOL(M)	Spania Germania Franţa Spania
	PROTIRELIN	ANTEPAN(M) PROTIRELINE(M) RELISORM T(M) THYPINONE(M) TIREGAN(M) TRH(M)	Germania Franţa Italia SUA Spania Japonia

307. **TIMOLOL(DCI)** ● Derivat propanolic de tip (—)-1-(tert-butilamino-3-/(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il)oxil/-2-propanol, cu acţiune betablocantă, specifică pentru receptorii beta-adrenergici, la nivelul cordului şi al sistemului nervos central, cu acţiune directă (intracelulară) şi indirectă (la nivelul membranei). Indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice, alcoolism şi ca adjuvant în tratamentul sevrajelor. Efectele se instalează rapid, încetînd însă imediat după întreruperea tratamentului. Efectele secundare sînt minore. Este contraindicat în cazul tratamentului cu IMAO. Constituie principiul activ al unor produşi framaceutici, dintre care :



● Cele mai bine cunoscute sînt :

BETIM(M) Anglia, Danemarca, Irlanda, Olanda, Suedia

BLOCADREN(M) Anglia, Austria, Canada, Elveţia, Italia, Portugalia, Spania

● Se mai întîlnesc şi sub numele :

BÉTIME(M) Franţa
BLOCANOL(M) Finlanda
CARDINA(M) Finlanda
IMOLATE(M) Franţa
MÉTABLEN(M) Iugoslavia
PRESTIM(M) Anglia
PROFLAX(M) Argentina
TEMSERIN(M) Germania
TIMACAR(M) Danemarca
TIMACOR(M) Franţa
TIMOLATE(M) Franţa

308. **TIMONIL(M)** RFG — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz/b,f/azepină-5-carboxamidă, cu acţiune anticonvulsivantă, antidepresivă, antialgică, avînd indicaţii în consecinţă. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO şi nu se administrează în sarcină.

309. **TIMONOICĂ** — **reacţie** (cf. gr. *thymos* „spirit") ● Reacţie afectivă puternică însoţită de o sistematizare ideativă în direcţia unui delir depresiv.

Atît delirul, cît şi depresia ar fi generate de factori de personalitate conjugaţi cu evenimente din istoria individului.

Depresia devine „intelectualizată", „raţionalizată", iar conţinutul delirului depresiv este puternic sistematizat.

A fost descrisă de *W.* MUNCIE în 1939.

310. **TIMONUCLEIC ACID** — sin. ACID DEZOXIRIBONUCLEIC → ACIZI NULEICI.

311. **TIMOPAT** (cf. *timo-*; gr. *pathos* „încercare, experienţă") ● Variantă în cadrul tulburărilor de personalitate, caracterizată prin existenţa unei predispoziţii fie spre polul depresiv (timopatul depresiv), fie spre cel euforic (timopatul euforic), fie spre o alternanţă între aceştia (timopatul ciclotim). Euforicul are o dispoziţie bazală veselă, este optimist, nepăsător, hiperactiv, plin de iniţiative, interesat de viaţa practică, dar puţin capabil să ducă o acţiune la bun sfîrşit. Stabileşte cu deosebită superficialitate relaţii sociale, conduita sa liberă tinzînd către o familiaritate neadecvată. Timopatul depresiv este mereu trist, pesimist, sceptic, incapabil de a se bucura de viaţă. Are tendinţe de izolare socială, nu doreşte

stabilirea unor relaţii interumane, uneori din supraestimare, considerîndu-şi depresia ca pe ceva deosebit. Manifestă o atracţie pentru evenimentele afectiv-negative. Faţă de anturaj este rezervat, tăcut, cu un simţ etic exacerbat, rece, sobru. Are un deosebit simţ al datoriei, munceşte mult, dar se pierde în detalii, neglijînd ansamblul. Timopatul ciclotim prezintă oscilaţii timice importante între euforie şi depresie, fără a exista un raport cauzal cu factorii externi.

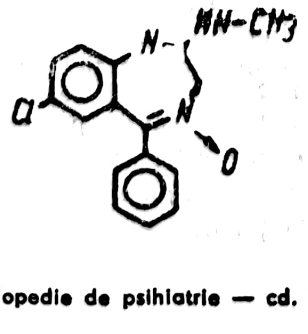
312. **TIMORAŢII** (cf. lat. *timoratus*) ● Categorie de personalităţi psihopatice, descrise de Kurt SCHNEIDER ca „nu prea îndepărtaţi de psihopaţii depresivi" (deşi în cazul depresivilor lipsa de siguranţă asupra propriilor posibilităţi nu este cauza, ci cel mult efectul depresiei). Principala trăsătură a acestor psihopaţi este lipsa de încredere în ei înşişi şi insecuritatea interioară, timiditatea. Uneori, comportamentul lor este în mod compensatoriu plin de suficienţă sau chiar de aroganţă, căutînd să mascheze neîncrederea în propriile capacităţi.

Simţul etic exagerat al acestor subiecţi este tot o formă de apărare împotriva propriei insecurităţi. Ei evită orice „plăceri ale vieţii", orice „epicureism", fără ca aceasta să-i ferească de încărcarea conştiinţei cu tot felul de vini imaginare. Trăiesc într-o anxietate permanentă, determinată de sentimentul că ratează anumite ocazii, că fac anumite acţiuni care vor avea consecinţe ulterioare negative.

Obsesivitatea le este caracteristică, „obsesiile dominînd şi depreciind tot ceea ce este străin de conţinutul lor, tot ceea ce nu este în raport cu ele şi nu le aparţine, la fel ca o culoare care acoperă şi alterează toate celelalte culori" (K. SCHNEIDER, 1973).

313. **TIMOREGLATOR** (cf. *timo-* ; lat. *regula* „regulă, normă") → LITIU — săruri.

314. **TIMOSIN$^{(M)}$** Germania — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

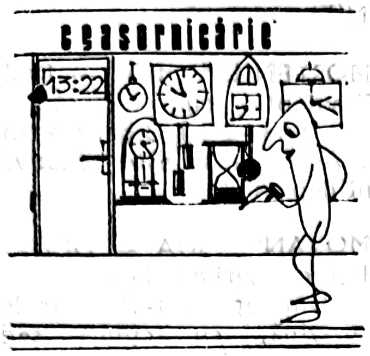


315. **TIMOSTENIL$^{(M)}$** Italia — DCI *Caroxazonă* ● Timoleptic, cu o structură chimică aparte, de tip 2-oxo-2H-1,3-benzoxazin-3-(4H)-acetamidă. Acţiunea sa este sedativă, anxiolitică şi antidepresivă.

316. **TIMOVAN$^{(M)}$** SUA — DCI *Protipendil* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-pirido/3,2-b/ /1,4/-benzotiazină, cu acţiune sedativă şi efecte secundare minore.

317. **TIMP** ● Categorie ontologică ce abstractizează proprietatea universală a tuturor formelor de existenţă de a avea o anumită durată, situîndu-se simultan sau succesiv unele faţă de altele. Ca şi determinaţia categorială a spaţializării, conţinutul noţiunii de timp poate fi cu greu redat în mod satisfăcător, respectîndu-se canoanele definiţiilor obişnuite. Multă vreme, timpul a fost conceput, prin analogie cu spaţiul, ca reprezentare a unei drepte infinite, alcătuite din puncte echivalente ale momentelor în care se descompune durata. Caracteristicile esenţiale ale temporalităţii au fost definite prin delimitare faţă de atributele spaţiale ; astfel, spre deosebire de caracterul tridimensional al spaţiului euclidian, timpul se înfăţişează ca unidimensionat, deoarece momentele sale se succedă liniar, dinspre trecut prin prezent (întotdeauna relativ) către viitor ; dacă spaţiul este reversibil (un corp putînd să revină într-o poziţie părăsită anterior), timpul este ireversibil (în sensul că momentele depăşite sînt irecuperabile şi nerepetabile).

Într-o altă reprezentare geometrizantă (cu rădăcini arhaice, în viziunea mitică a „eternei reîntoarceri"), timpul apare ca un cerc, primind — ca şi spaţiul — atributul reversibilităţii într-o devenire ciclică a universului. În oricare dintre aceste reprezentări, timpul a fost considerat, pînă în epoca modernă, o proprietate obiectivă a lucrurilor materiale (chiar dacă în unele concepţii idealist-obiective, de inspiraţie platoniciană, stratul ontic al identităţii pure a fost absolvit de temporalitate, plasîndu-se în eternitatea ce transcende orice devenire, orice durată). Reinterpretînd şi integrînd într-o nouă perspectivă excesivul subiectivism al lui BERKELEY şi scepticismul lui HUME, KANT consideră drept prejude-



cată necritică postulatul obiectivității spațiului și timpului, noțiuni pe care le definește drept forme a priori ale sensibilității, structuri imanente subiectului transcendental, care fac posibilă orice experiență, ordonînd în anumite scheme ale intuiției datul sensibil. În concepția kantiană, timpul este înțeles ca simț interior al succesiunii stărilor de conștiință al subiectului și ca apercepție pură a continuității Eului. Obligat de anumite evenimente științifice (geometriile neeuclidiene, mecanica relativistă ș.a.) să bată în retragere în explicarea subiectivistă a spațialității, apriorismul kantian s-a dovedit mai tenace în problematica temporalității, din care fenomenologia existențială a lui HEIDEGGER face o temă privilegiată pentru dezvăluirea esenței și semnificației Ființei. Depășirea vechilor prejudecăți schematizate privind înțelegerea timpului datorează mai puțin matematicii sau fizicii (care au revoluționat concepția contemporană asupra spațialității) și mult mai mult dezvoltării biologiei, psihologiei sau ființelor social-istorice. În pofida concluziilor sale iraționaliste, intuiționismul lui H. BERGSON are meritul de a fi criticat cu multă perspicacitate caracterul inadecvat și falsificator al schematismului mecanicist-geometrizant în înțelegerea justă a devenirii, la nivel biologic, unde continuitatea temporală nu cunoaște rigiditatea cronologiei astronomice, manifestîndu-se ca durată a unor procese ritmate în cicluri vitale, diferențiate în funcție de specificul fiecărei specii, biocenoze, al fiecărui areal, ecosistem etc. Contribuția cea mai importantă la fundamentarea riguroasă a categoriei filozofice de timp revine însă cercetării dialectice a istoricității ; inițiată de pe poziții idealist-obiective de către HEGEL, aceasta dobîndește un caracter pozitiv în concepția materialist-dialectică și istorică. Argumentînd obiectivitatea determinațiilor temporale ca atribute ale lumii materiale, reflectate în conștiință, dialectica materialistă universalizează istoricitatea, interpretînd orice formă de existență finită ca devenire, înscrisă pe anumite coordonate temporale specifice, eternă fiind numai totalitatea existenței, materia infinită în spațiu și timp. Cucerirea cea mai însemnată a dialecticii este înțelegerea diversității calitative a temporalității, care legitimează atît varietatea perspectivelor elaborate de diferitele ramuri ale științei asupra modalităților concrete de trecere în timp, specifice fiecărei forme de organizare a lumii materiale, cît și necesitatea universalizării filozofice a acestor perspective parțiale, prin integrarea lor într-o semnificație categorială unitară, definită la nivelul discursului ontologic.

318. **TIMP LIBER** ● Interval de timp cuprins între încheierea activității muncii profesionale (sau timpul de lucru) și repaus (timp de odihnă), care este ocupat cu activități recreativ-creative, de deconectare activă și amuzament. Produs al erei industriale (deși istoric este semnalat încă din antichitate, prin acel „optim cum dignitate“, care s-a metamorfozat de-a lungul istoriei, mai ales sub aspectul funcțiilor), timpul liber reprezintă un element foarte prețios pentru omul contemporan, date fiind „accelerarea ritmului vieții“, accentuarea suprasolicitării intelectuale și creșterea nevoilor de compensație. În zilele noastre, prin reducerea programului de lucru, bugetul de timp liber a crescut semnificativ, reprezentînd circa 1/3 din 24 de ore. El este utilizat de către individ în mod planificat, după un orar propriu, în care se îmbină activitățile pur recreative cu cele creative, servind autorealizării, autoeducației și, nu în ultimă instanță, homeostaziei psihice. Hobby-urile, activitățile de loisir reprezintă cîteva dintre modalitățile de consumare agreabilă a timpului liber, dintr-o multitudine de mijloace și forme recreativ-educative puse la dispoziție de către societate, în conformitate cu preferințele, interesele și înclinațiile individuale.

319. **TIMP (de) PERSEVERARE** ● Intervalul de timp cuprins între încetarea stimulării și reapariția activității preexistente stimulării.

320. **TIMP (de) REACȚIE** ● Termen utilizat în 1868 de HELMHOLTZ și WUNDT, pentru a desemna timpul scurs din momentul stimulării, pînă la apariția reacției de răspuns (interval denumit și perioadă de latență). Măsurarea timpului de reacție poate oferi informații despre intervalul necesar pentru pregătirea reacției de răspuns, precum și despre durata postacțiunii.

Importanţa practică a acestei acţiuni constă în implicarea ei în psihofiziologia sensibilităţii şi în folosirea ei în procesele de decizie. Se utilizează în selecţia profesională, pentru anumite categorii de lucrători (piloţi, conducători auto, conducători de tren etc.).

În psihofiziologie se pot determina :

- timpul de reacţie simplu, consumat pentru oricare categorie de stimuli ;
- timpul de reacţie discriminativ, consumat pentru stimuli diferiţi, dar de acelaşi ordin ;
- timpul de reacţie de alegere, consumat pentru selecţia dintre mai mulţi stimuli, pentru care reacţiile sînt diferite.

321. **TIMP (de) REACŢIE EEG** — sin. LATENŢĂ EEG ● Intervalul de timp cuprins între stimulare şi efect exprimat electroencefalografic.

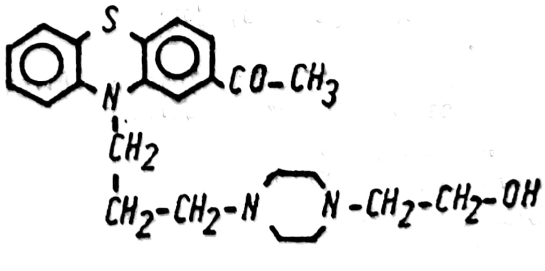
322. **TIMP TRĂIT** ● Deosebindu-se de timpul obiectiv (ce poate fi măsurat fizic) şi de timpul propriu psihologic, timpul trăit desemnează dinamismul vital, devenirea umană, avînd drept caracteristică orientarea spre viitor. Noţiunea a fost introdusă în psihopatologie în 1920, de MINKOWSKI şi STRAUSS, pentru o mai bună înţelegere din punct de vedere fenomenologic a psihozelor. În schizofrenie, timpul trăit este alterat în sensul unei imobilizări, în timp ce în manie el se reduce la prezent. În melancolie, timpul intim este încetinit pînă la stagnare, dinamismul vital scade, se produce o „inhibiţie a devenirii" ; din aceasta işi trag rădăcinile ideile delirante, inhibiţia psihomotorie.

323. **TIMUS** (cf. gr. *thymos*) ● Localizat în mediastinul anterior, timusul este un organ glandular a cărui existenţă „funcţională" este tranzitorie. Dezvoltarea maximă a glandei este atinsă la vîrsta de doi ani. Ulterior, suferă un proces de involuţie, care începe de la 15 ani, dar persistă, atrofiată, şi la vîrste înaintate. Se semnalează şi involuţia patologică a glandei, în cazul unor stări de subnutriţie şi ca urmare a unor boli infecţioase.

Rolurile timusului sînt încă discutate. Este certă funcţia sa de organ limfoid, dar în ultima perioadă a fost evidenţiată secreţia unor factori timici a căror acţiune se exercită atît asupra funcţiei imune a limfocitelor, dar şi asupra altor funcţii mai puţin precizate. Se enumeră astfel timozinele implicate în procesele imunitare, timopoetina, factorul timic seric, hormonul limfocito-stimulant, hormonul timic homeostatic. Extirparea experimentală a timusul produce tulburări variabile, concretizate în încetinirea creşterii, scădere ponderală, întîrzieri considerabile în dezvoltarea organelor genitale. Timusul intervine deci în procesele de creştere şi dezvoltare a scheletului, în menţinerea stării generale de nutriţie, în dezvoltarea intrauterină a ovarului şi corticosuprarenalei, în buna funcţionare a gonadelor. Se menţionează, de asemenea, interferenţe cu activitatea altor glande endocrine : sub acţiunea factorilor timici, se reduce activitatea cortexului adrenal, se reduce nivelul plasmatic al hormonilor tiroidieni, secreţia adenohipofizară a hormonului tireo-stimulant, nivelul plasmatic al insulinei. În schimb, este stimulată activitatea hormonului de creştere, sub influenţa timusului realizîndu-se ameliorări ale nanismului şi ale unor tulburări distrofice.

Deficitul timic este corelat cu tulburări ale proceselor imunitare mediate celular, administrarea de extracte timice avînd, în aceste cazuri, efecte favorabile. Atrofia glandei la copil este însoţită de tulburări ale funcţiilor psihice, aspecte confirmate de datele oferite de examenul necroscopic la marii deficienţi mintali, la care s-a constatat absenţa timusului. Excesul secretor al glandei nu a fost confirmat, ci numai corelat ipotetic cu hiperplazia timică sau cu tumori timice, asociate unor afecţiuni cu patogenie imună (de exemplu, miastenia gravis), în care hiperplazia poate fi expresia compensatorie a deficitului imun. Hiperplazia timică la copil poate fi congenitală sau secundară unor afecţiuni inflamatorii şi este însoţită de tulburări respiratorii, cardiovasculare şi de manifestări de hipertensiune intratoracică, determinate de compresiune. La adult, hiperplazia timică este corelată cu alte tulburări endocrine (hipofuncţie a suprarenalelor şi gonadelor, tiroidei sau paratiroidelor). Uneori, hiperplazia timică determină moartea subită, fără cauză aparentă, mecanismele probabile implicate fiind compresiunea nervului vag sau acţiunea toxică a secreţiilor timice. Extractele timice în diverse forme sînt utilizate în terapia rahitismului, a unor stări atrepsice, în debilitatea psihică.

324. **TINDAL$^{(M)}$** Danemarca, SUA ; **TINDALA$^{(M)}$** Suedia — DCI *Acetofenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat



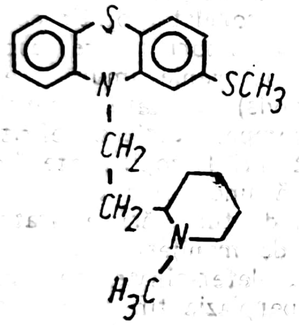
de tip 10-/3-/4-(2-hidroxietil)-1-piperazinil/propil/fenotiazin-2-il metilcetonă, indicat în endogenii acute şi cronice, avind valenţe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia cu durată, în condiţii de ambulator.

325. **TINNITUS** — sin. ACUASME $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACUFENE.

326. **TINOFEDRINE**$^{(DCI)}$ ● Reglator al metabolismului neuronal de tip (+)-(R)-α-{(S)-((3,3-di-3-tienilalil)amino)etil}-benzil alcool, substanţă cu acţiune asupra circulaţiei cerebrale, ameliorînd fluxul sanguin cerebral, cu efecte tranchilizante şi sedative.

327. **TIORIANDER**$^{(M)}$ Mexic — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TIORIDAZIN$^{(M)}$ România.

328. **TIORIDAZIN**$^{(DCI)}$; **TIORIDAZIN**$^{(M)}$ România ● Derivat fenotiazinic (piperidilalkilfenotiazinic) de tip 10-/2-(1-metil-2-piperidil)etil/-2-(metiltio)-fenotiazină, cu acţiune neuroleptic-sedativă, introdus în clinică în 1958. Acţiunea sedativă este discretă, mai modestă decît a clordelazinului, dar cea anxiolitică este net superioară, iar efectele secundare sînt inferioare, chiar la doze mari. Indicaţiile sînt cele ale clordelazinului şi, datorită bunei toleranţe, este utilizat în tratamentul de lungă durată din ambulator. Constituie principiul activ al unor produse farmaceutice, dintre care :



● Cele mai bine cunoscute sînt :

MELLERIL$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Coreea, Elveţia, Danemarca, Finlanda, Franţa, Grecia, Italia, Iugoslavia, Japonia, Olanda, Germania, Ungaria.

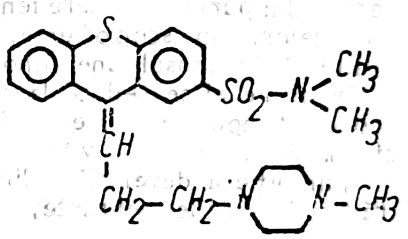
MELLERIL RETARD$^{(M)}$ Austria, Elveţia, Italia, Iugoslavia, Japonia, Germania.

● Alţi produşi cunoscuţi sînt :

FLARACANTYL$^{(M)}$ Grecia
MALLOROL$^{(M)}$ Suedia
MELERIL$^{(M)}$ Argentina
MELLARIL$^{(M)}$ SUA
MELLERETTE$^{(M)}$ Iugoslavia
MELLERETTEN$^{(M)}$ Germania
MELLERETTES$^{(M)}$ Turcia
MELOZINE$^{(M)}$ Coreea
MERORIUM$^{(M)}$ Coreea
NOVORIDAZINE$^{(M)}$ Canada
ORSANIL$^{(M)}$ Finlanda
RIDAZIN$^{(M)}$ Israel
SONAPAX$^{(M)}$ Polonia
STALLERIL$^{(M)}$ Finlanda
THIORIDAZIN$^{(M)}$ Austria
THIORIL$^{(M)}$ Canada
THIORIZINE$^{(M)}$ Coreea
THOPAM$^{(M)}$ Coreea
TIORIANDER$^{(M)}$ Mexic
TIOTIDIL$^{(M)}$ Finlanda

329. **TIOTIDIL**$^{(M)}$ Finlanda ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TIORIDAZIN$^{(M)}$ România.

330. **TIOTIXENE**$^{(DCI)}$ ● Derivat tioxantenic de tip N, N-dimetil-9-/3-(4-metil-1-piperazinil)propilidenă/-tioxantenă-2-sulfonamidă, cu acţiune antipsihotică dinamogenă şi colinolitică ; realizează şi o bună anxioliză, fiind însă proconvulsivant. Este indicat în psihozele acute şi cronice, mai ales în formele apatoabulice şi paranoide. Are efecte secundare marcate. Nu se administrează în sarcină; la copii şi vîrstnici — cu prudenţă şi în doze scăzute. Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :



NAVANE$^{(M)}$ Turcia
ORBINAMON$^{(M)}$ Germania.

331. **TIOXANTENE** ● Grupare de substanţe psihotrope cu acţiune neuroleptică, caracterizată chimic prin înlocuirea nucleului fenotiazinic cu un nucleu tioxantenic şi prin dubla legătură dintre nucleu şi catenă, ceea ce le deosebeşte de fenotiazine ; acţiunea terapeutică le apropie însă în special de fenotiazinele piperazinate. Sînt deci neuroleptice incisive puternice, dar cu efecte secundare mai reduse decît ale fenotiazinelor piperazinate. Primul produs, Clorprotixen (Truxal), a fost sinte-

tizat în 1958, deschizînd o nouă serie de produse neuroleptice :

- Clorprotixene$^{(DCI)}$: CHLORPROTIXEN$^{(M)}$ Cehoslovacia ; TARACTAN$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Italia, Olanda, SUA, Turcia ; TRUXAL$^{(M)}$ Iugoslavia.
- Clopentixol$^{(DCI)}$: CIATYL$^{(M)}$ Germania ; CLOPIXOL$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Elveția ; SORDINOL$^{(M)}$ Austria, Belgia, Elveția, Iugoslavia, Olanda, Suedia.
- Flupentixol$^{(DCI)}$: DEPIXOL$^{(M)}$ Anglia ; EMERGIL$^{(M)}$ Franța ; FLUANXOL$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Olanda, Germania ; METAMIN$^{(M)}$ Japonia.
- Tiotixene$^{(DCI)}$: NAVANE$^{(M)}$ Anglia, Belgia, Italia, Olanda, SUA, Suedia, Turcia ; ORBINAMON$^{(M)}$ Germania.

Pe lîngă produsele standard, din această serie sînt utilizate produsele depôt :

- Clopentixol Decanoate : CIATYL DEPÔT$^{(M)}$ Germania ; CISORDINOL DEPÔT$^{(M)}$ Suedia ; CLOPIXOL DEPÔT$^{(M)}$ Anglia, Elveția ; SORDINOL DEPÔT$^{(M)}$ Austria, Belgia, Elveția, Olanda.
- Flupentixol Decanoate : DEPIXOL$^{(M)}$ Anglia ; FLUANXOL DEPÔT$^{(M)}$ Austria, Belgia, Elveția, Olanda, Germania, Suedia ; FLUANXOL RETARD$^{(M)}$ Franța.

Sînt produse cu o largă utilizare în tratamentul de lungă durată, în ambulator.

332. **TIP** (cf. gr. *typos* „semn, marcă") ● În psihologie, termenul desemnează o reprezentare generală, cu note particulare și concrete, ce conține însușirile selecționate pe baza anumitor criterii (somatice-constituționale, psihofiziologice, psihologice, psihosociale, clinice etc.) ale unei categorii sau subcategorii de indivizi umani. Tipul, ca schemă sumară, indică faptul că anumite modalități psihice ale unui grup de indivizi sînt dominate de trăsături psihice care se corelează pozitiv cu anumite însușiri constituționale. Aceste însușiri pot constitui predispoziții pentru anumite boli psihice (de exemplu, tipul picnic al lui KRETSCHMER este ciclotim ca temperament și are predispoziții psihopatologice pentru psihoza maniaco-depresivă). Un tip revine la un model care însumează calități ale unei clase de indivizi ; evident, tipul nu acoperă în mod absolut indivizii clasei respective în sensul că, deși aparțin respectivului model, prin însușiri comune, grupate în jurul unui criteriu, ei se pot diferenția esențial prin alte însușiri. După EYSENCK, tipul reprezintă „o constelație" sau „un sindrom de trăsături". O persoană nu poate fi redusă la tipul căruia îi aparține ; personalitatea nu corespunde în întregime unui anumit tip, întrucît tipul nu acoperă personalitatea. Pe de o parte, tipul este limitat la un număr de însușiri (limitare formală), pe de altă parte, el nu surprinde mecanismele profunde ale acțiunilor umane (limitare dinamică). Tipul este, în special, legat de temperament, deci de acele calități înnăscute și care favorizează o serie de trăsături caracteriale (atitudini), dar nu le determină în exclusivitate. Noțiunea de psihotip se mai folosește pentru ansamblul însușirilor comportamentale, ca expresie a ansamblului însușirilor psihice. Nu este posibilă o schimbare a tipului (de fapt, a temperamentului), cu o ameliorare a modalităților de expresie sau de obiectivare a însușirilor psihologice. Diferențierea tipologică este operațională, dar, în același timp, insuficientă, întrucît orice comportament se articulează, în primul rînd, la un anumit motiv, ori tipologia, ca variantă de clasificare psihologică, nu trimite decît superficial la motiv (→ BIOTIP ; TEMPERAMENT).

Noțiunea de „tip" are două semnificații de bază :

- reprezentativ pentru o anume populație, corespunzător mediei statistice ;
- exemplar foarte rar, model ideal la care se raportează indivizii unei clase, specii etc.

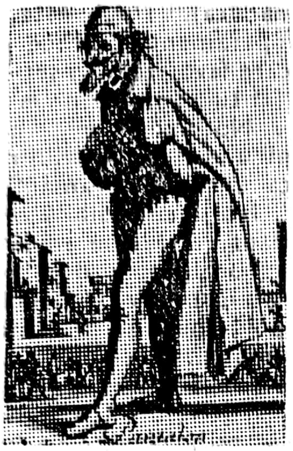
Prima semnificație conține norma din punct de vedere statistic. A doua semnificație conține norma din punct de vedere teoretic, ca model ideal, grupînd un ansamblu de trăsături caracteristice unei categorii sau clase de fenomene ori de indivizi. Ultima semnificație este proprie tipologiei psihologice (→ TIPOLOGIE).

333. **TIPIZARE SEXUALĂ** ● Componentă a procesului de socializare în cadrul căreia copilul adoptă, prin învățare, caracteristici, valori și un anume comportament, considerate prin tradiție ca adecvate identității sexuale a copilului.

În cazul tipizării sexuale, aspectele transculturale au un rol deosebit, diferențele putînd fi importante de la un grup etnic la altul, de la o cultură la alta. Vestimentația, obiceiurile premaritale, organizarea familială sînt numai cîteva dintre coordonatele prin care se realizează tipizarea sexuală.

334. **TIPOLOGIE** (cf. gr. *typos* ; *logos* „cuvînt, discurs") ● Modalitate de clasificare, după anumite criterii, a indivizilor umani în tipuri și descrierea acestor tipuri. Ca o clasificare psihologică, tipologia are în vedere ansamblul unor însușiri (trăsături) cu originea

în factori constituţionali, fiziologici şi ereditari (emotivitatea, dispoziţiile, stabilitatea şi intensitatea reacţiilor şi a proceselor, ritmul activităţii). Ca metodă, ea are drept scop principal relevarea faptului că un anumit model de funcţionare psihică este dominat de o anumită proprietate esenţială, de cele mai multe ori bipolară, celelalte însuşiri articulîndu-se la această proprietate principală. După NUTTIN, tipologia aparţine psihologiei diferenţiale a personalităţii. Primele încercări tipologice aparţin lui PLATON şi au ca obiect conduitele morale. PLATON considera că psihismul este alcătuit din trei părţi : inteligenţa (funcţiile de cunoaştere), apetitul irascibil (afectele şi pasiunile) şi apetitul concupiscibil (exprimat printr-un comportament ce are drept scop luarea în posesiune a obiectelor ce satisfac trebuinţele elementare instinctuale : foamea şi reproducerea). Preponderenţa uneia sau alteia dintre aceste părţi determină tipuri de temperament care generează tipuri de conduită. Medicii greci elaborează o tipologie (o biotipologie) pornind de la calităţi fizice primare, specifice naturii în genere şi corpului omenesc ; ei combină proprietăţi naturale fizice (de exemplu, cald, frig, uscat, umed) cu proprietăţi corporale (de exemplu, umorile : sîngele, flegma, bila albă, bila neagră). Acestea sînt tipologiile lui HIPOCRATE şi GALENUS, care au caracter intuitiv, dar elemente ale lor vor fi găsite ulterior, în alte tipologii.



Joullain Père

Clasificarea tipologică are o aparenţă de rigiditate, fiind axată pe o însuşire sau funcţie strict determinată. În realitate, tipologia nu este rigidă în sine, ci numai în funcţie de modul în care este utilizată. Orice clasificare implică şi un tip pur, dar reducerea indivizilor concreţi la tipul pur nu aparţine metodei tipologice, ea constituie o eroare a celor care o folosesc. Pe de altă parte, prezenţa trăsăturii dominante nu exclude prezenţa altor trăsături şi, mai ales, nu exclude combinarea trăsăturilor în articularea lor la însuşirea dominantă. Tipul este doar un sistem de referinţă, existînd obiectiv numai într-o serie de variante individuale. Tipologia încearcă să sistematizeze varietatea indivizilor ; ea reprezintă „o abstracţie intuitivă". Tipologia stabileşte gestalturi (în sensul de unităţi structurale), determinînd corelaţii între grupuri de trăsături mai mult decît între trăsături izolate. În clasificarea tipurilor, tipologia foloseşte experimentul şi ancheta (observarea şi alegerea unor trăsături şi forme de conduită în anumite situaţii determinate), precum şi analiza unor structuri de personalitate prin observare clinică îndelungată.

Tipologia nu se identifică cu analiza factorială ; metoda tipologică porneşte de la un nucleu structural care formează baza structurii respective, definind tipul. Analiza factorială operează invers, pornind de la trăsături constante în comportamentele individuale, trecînd prin „fascicule de conduite habituale" şi ajungînd, în final, la organizarea manifestărilor în trăsături şi a trăsăturilor într-un tip.

Au existat numeroase tentative de clasificare, în funcţie de diferite criterii şi de exigenţele sau necesităţile etapei. În literatura noastră de specialitate, ni se pare util de semnalat tentativa făcută de Paul POPESCU-NEVEANU în „Dicţionarul de psihologie" în care realizează o prezentare a principalelor tipologii elaborate de-a lungul istoriei, clasificîndu-le în : morfo-fizio-patologice, psihofiziologice, psihologice, psihosociologice şi clinice. După cum subliniază autorul, cercetarea tipologică are rolul de a conduce la „o imagine ideală, de referinţă, la care se raportează indivizii concreţi". Imaginea este „ideală" pentru că, practic, orice individ poate aparţine simultan la mai multe categorii tipologice, în realitate neexistînd decît tipuri intermediare şi mixte. Aceste tipologii — subliniază P. POPESCU-NEVEANU — au fost efectuate pe baza unor corelaţii statistice, stabilite în cadrul unor grupe mari de indivizi, dar faţă de acest criteriu există numeroase excepţii, fiind frecvenţi indivizii inclasificabili din punct de vedere tipologic (argument în favoarea afirmaţiei că „există atîtea tipuri cîţi indivizi există la un moment dat"). Criteriul de alcătuire a tipologiilor este acela al unei trăsături „pregnante, concomitente, consistente şi semnificante".

În lucrarea autorului citat, sînt inventariate următoarele clasificări tipologice :

- *Tipologii morfo-fizio-psihologice*

Prima tipologie de acest fel a fost elaborată de HIPOCRATE, al cărui criteriu de referinţă l-a reprezentat constituţia corporală a organismului şi corelaţia acesteia cu apariţia mai frecventă a unui anumit tip de afecţiuni.

HIPOCRATE a descris : *tipul ftizic*, cu o predominanţă a dezvoltării membrelor faţă de trunchi, care ar presupune o predispoziţie pentru tuberculoză, şi *tipul apoplectic*, cu o predominanţă a trunchiului faţă de membre (dezvoltare mai mare a toracelui şi abdomenului), care ar presupune o predispoziţie pentru apoplexie.

În 1909, *VIOLA*, luînd în consideraţie un raport asemănător celui hipocratic, cel dintre torace şi membre, descrie : *brachitipul* (macrosplanhnic), scund, cu toracele mai dezvoltat decît membrele ; *mediotipul* (normosplanhnic) ; *longitipul* (microsplanhnic), înalt, cu membrele mult mai dezvoltate decît toracele.

N. Bonnart

PENDE raportează constituţia scheletică (raport torace-membre) la funcţionalitatea endocrină, descriind următoarele tipuri : *brevilin* (scund), cu o categorie normală — *stenicul* (stenic-tonic), cu hipergenitalism, hipersuprarenalism, frecvent hiperpancreatism, hiperpituitarism, cu un relativ hipertiroidism, şi o categorie anormală — *astenicul* (hipostenic-hipotonic), cu hipotiroidism, hipopituitarism, relativ hiposuprarenalism, cu genitalism normal sau exagerat, la fel ca şi pancreatismul şi timismul ; *mediu* ; *longilin* (înalt) şi el cu două categorii : *stenic* (stenic-tonic), normal, cu hipertiroidism, hiperpituitarism, suprarenalism şi pancreatism, genitalism normal sau exagerat, şi *astenic* (hipostenic, hipotonic), anormal, caracterizat prin hipotiroidism cu hipertimolimfatism, hiperparatiroidism frecvent, hipergenitalism şi relativ hiposuprarenalism.

Dacă aceste tipologii se referă numai la constituţia fizică şi la eventualul ei raport cu afecţiunile somatice, KRETSCHMER elaborează o tipologie (care şi în prezent constituie un sistem de referinţă) în care constituţia corporală este raportată la constituţia psihică şi, mai mult, la glisarea acesteia în psihopatologie. În tipologia kretschmeriană există : *tipul picnic* (scund, facies rotund, constituţie musculară slabă, trunchi cu diametrul orizontal mare din cauza straturilor de grăsime), a cărui constituţie psihică ar fi de *tip ciclotim*, cu trei variante : hipomaniacalul (vesel, mobil), sintonicul (realist, umorist, benign) şi greoi (care face glisarea spre psihoza maniaco-depresivă ; caracterizat prin adaptare pasivă, submisie, extraversie) ; *astenicul*, care constituţional are un trunchi cilindric, sistem osteoarticular fragil, constituind o variantă extremă a leptosomului, căruia îi corespunde o constituţie psihică, *schizotimul*, cu trei variante : *hiperestezic* (iritabil, idealist, delicat, interiorizat), *intermediar* (rece, energic, calm, aristocratic), *anestezic* (rece, nervos, solitar, indolent, eronat, obtuz). Din această a doua categorie, apar în concepţia kretschmeriană, schizofrenii, avînd ca premorbid o adaptare deficitară şi introversie. A treia categorie kretschmeriană este constituită de tipul *atletic*, cu sistem muscular bine dezvoltat şi trunchi piramidal cu baza mare în sus. Ultimul tip este constituit de *displastic*, la care apar diferite malformaţii corporale.

În 1908, *Cl. SIGAUD* propune o tipologie în care criteriul diferenţierii îl reprezintă predominanţa funcţiei solicitate de mediu. El descrie tipurile : *respirator*, *cerebral*, *muscular*, *digestiv*.

Mc AULLIFFE creează o tipologie în care sînt corelate dezvoltarea somatică cu tipul dominant de reglare nervoasă, descriind : *tipul plat* (dezvoltat orizontal, cu prevalenţa proceselor metabolice, reglare neurovegetativă), *regulat* (eugenetic, armonios dezvoltat) şi *înalt* (dezvoltat vertical, prevalenţa relaţiilor cu lumea exterioară, reglaj prin sistemul nervos central).

G. Jollain

Referindu-se strict la constituţia corporală, *SCHREIDER* descrie tipul *vertical* (slab), *intermediar*, *orizontal* (gras).

În primele decenii ale secolului al XX-lea, cînd embriologia se bucura de o dezvoltare şi consideraţie deosebită, *W. H. SHELDON* descrie (1926) trei tipuri morfo-fizio-psihologice, raportîndu-le la gradul de dezvoltare predominant al uneia din cele trei foiţe embrionare. Fiecare tip al normalităţii are un corespondent în psihopatologie. SHELDON descrie următoarele tipuri : *endomorful* : cu dezvoltare corporală predominant internă, fiind deci un *viscerotonic*, caracterizat din punct de vedere psihic prin plăcerea imobilităţii, prin dragoste pentru confort, reacţii lente, atracţie pentru ceremonii, uniformitate în trăirile emoţionale, complacere în propria situaţie, sociabil, comunicativ, tolerant faţă de cei din jur, extravert, a cărui prelungire în psihopatologie ar fi *psihoticul maniaco-depresiv* ; *tipul mezomorf* cu dezvoltare corporală echilibrată, fiind un *somatotonic*, caracterizat din punct de vedere psihic prin disponibilităţi pentru mişcare, atras de sport, energic, prezentînd atracţie pentru risc, politicos, dar uneori dur, curajos şi combativ, competitiv, fără inhibiţii, matur, a cărui prelungire în psihopatologie s-ar constitui în *paranoism* şi cele mai frecvente cazuri de delicvenţă ; *ectomorful* cu dezvoltare corporală predominant externă, fiind un *cerebrotonic* caracterizat prin reţinere în mişcări, inhibiţie, ermetism, insingurare, activitate mintală intensă, aprehensiune, ascunderea sentimentelor, sociofobie, inhibiţii în public, aspect infantil, evitarea zgomotului, a cărui prelungire în psihopatologie ar fi *schizofrenul*.

În funcţie de tipul de ţesut considerat preponderent (ne aflăm încă în epoca dominării teoriilor morfofuncţionale), *VIVENIUS*, în 1904, descrie tipurile : *conjunctival*, *muscular*, *nervos* şi *epitelial*. Apropiat de această concepţie este şi *BOGOMOLET* care, în 1924, descrie o tipologie al cărei criteriu de raportare este starea ţesutului conjunctiv. El consideră în tipologie următoarele tipuri : *astenic*, *fibros*, *păstos*, *lipomatos*.

Dintre tipologiile antropometrice se distinge cea a lui *BUNAK*, care descrie *tipul euriplastic* (corespunzător brevilinului) şi *tipul stenoplastic* (corespunzător longilinului).

Plecînd tot de la dezvoltarea embrionară ca şi SHELDON, dar luînd în considerare dezvoltarea ectoblastului, condromezoblastului şi a endoblastului, *M. MARTINY* (1948) consideră că patologia mintală este o patologie a *mixotipurilor*, pe care le consideră a fi : *endomezoblastic* — criminalul sadic ; *ectocondroblastic* — psihastenul ; *ectoendoblastic* — perversul sexual.

O tipologie bazată pe criterii morfologice este cea a lui *J. VAGUE* (1952), care relaţionează obezitatea cu sexualitatea, ajungînd la două tipuri : *android* — obezitate cu dispoziţie scapulară, întîlnită la ambele sexe, şi *ginoid*, la care ţesutul adipos este dispus predominant în regiunea abdomeno-pelviană şi a cărui existenţă la bărbaţi ar releva, în unele cazuri, homosexualitatea.

Louis CORMAN stabileşte o relaţie între morfofiziologia feţei şi instinctele antagoniste de expansiune şi conservare, descriind, în funcţie de această relaţie, următoarele tipuri : *dilatat* — în mediu favorabil (Cl. SIGAUD) şi pe baza instinctului de expansiune ; *retractat* — în mediu nociv (Cl. SIGAUD) şi pe baza instinctului de conservare, fenomen activ, traducînd o hipersensibilitate de apărare, corelativă unui înalt grad de vitalitate ; *instinctiv-senzitiv* — cu etajul inferior al feţei mai dezvoltat ; *sentimental* — cu etajul mediu precumpănitor ; *gînditor* — cu etajul superior al feţei mai dezvoltat.

N. Bonnart

• *Tipologii psihofiziologice*

I. P. PAVLOV şi-a concretizat concepţia sa referitoare la activitatea nervoasă superioară într-o tipologie în care criteriile de definire sînt cele ale relaţiei dintre forţa, echilibrul şi mobilitatea proceselor nervoase fundamentale şi temperamentul individului. El a descris : tipul *puternic* — *echilibrat* — *excitabil* — *coleric* ; tipul *puternic* — *echilibrat* — *mobil* — *sangvinic* ; tipul *puternic* — *echilibrat* — *inert* — *flegmatic* şi tipul *slab* — *melancolic*. În raport cu tipul parţial de activitate nervoasă superioară, stabilit după aferentaţia dominantă, distinge tipurile : *vizual*, *auditiv*, *motric*. În funcţie de tipul special de activitate nervoasă superioară, stabilit după raportul celor două sisteme de semnalizare, PAVLOV, descrie : *tipul artistic*, caracterizat prin prevalenţa primului sistem de semnalizare, tip la care reflectarea realităţii se face prin imagini intuitiv-concrete, cu o puternică încărcătură afectiv-voliţională şi o atitudine sintetică faţă de realitate ; *tipul mediu*, la care există o egalitate a celor două sisteme de comunicare, şi *tipul gînditor*, la care domină cel de-al doilea sistem de comunicare, iar reflectarea realităţii se face prin legături de tip logic—noţional, atitudinea faţă de realitate fiind analitică.

Asemănătoare acestei tipologii, dar mult mai schematică, este şi cea făcută de *O. GROSS* care, în funcţie de particularităţile repercusivităţii-rezonanţei, conchide că există două tipuri : *primar*, la care sînt dominante procesele primare (senzaţii şi emoţii), şi *secundar*, la care domină procesele secundare (gîndire abstractă, imaginaţie, sentimente).

Considerînd modurile posibile de combinare ale repercusivităţii, emotivităţii şi activităţii, *HEYMANS, WIERSMA* elaborează o tipologie incluzînd opt tipuri : *amorf* (nonemotiv-nonactiv-primar) ; *apatic* (nonemotiv-nonactiv-secundar) ; *nervos* (emotiv-nonactiv-primar) ; *sentimental* (emotiv-nonactiv-secundar) ; *coleric* (emotiv-activ-primar) ; *pasionat* (emotiv-activ-secundar) ; *sangvin* (nonemotiv-activ-primar) ; *flegmatic* (nonemotiv-activ-secundar).

În 1950, *G. BERGER* îşi constituie teoria sa tipologică, luînd în considerare nouă factori, pe care îi combină astfel : doi factori intensivi (emotivitate şi activitate) ; trei factori privind alura generală a comportamentului (repercusivitate, lărgirea cîmpului conştiinţei şi polaritate) ; patru factori legaţi de direcţia tendinţei (ariditate, tandreţe, interese senzoriale, pasiune intelectuală). Din combinarea acestor nouă factori el alcătuieşte cinci categorii, fiecare dintre acestea conţinînd cele nouă extreme ale factorului luat în considerare :

- *larg* — lărgime a cîmpului conştiinţei ;
  îngust — îngustimea cîmpului conştiinţei ;
- *Marte* — situare în lume în manieră masculină ;
  Venus — situare în lume în manieră feminină ;
- *tandru* — tendinţă spre amabilitate, discreţie, poziţie mai puţin netă şi categorică ;
  netandru — tendinţă spre claritate, raţionalitate excesivă, poziţie categorică ;
- *avid* — tendinţă de afirmare a Eului, de încredere în sine ;
  neavid — tendinţă de supunere ;
- *pasionat intelectual* ;
  cu gustul plăcerilor senzoriale.

GH. ZAPAN consideră că temperamentul poate fi caracterizat prin şase indicii : forţa, echilibrul şi mobilitatea proceselor nervoase superioare, persistenţă, tonus afectiv şi direcţie. În funcţie de aceste indicii, se constituie patru nivele temperamentale : motor-general, afectiv, perceptiv-imaginativ şi mental. Acestor patru nivele, în concepţia sa, le corespunde cîte un tip psihofiziologic, şi anume : *activ*, la care este dominant nivelul motor-general ; *afectiv* la care este dominant nivelul afectiv ; *artistic* la care este dominant nivelul perceptiv-imaginativ ; *gînditor* la care este dominant nivelul mental.

Leroux

SZASZ îşi constituie tipologia în funcţie de tipul de răspuns la situaţiile dificile, corelat cu sistemul nervos vegetativ. El descrie două tipuri : *activ* cu răspunsuri motorii, bazate pe predominanţa simpaticului, şi *retras* cu răspunsuri vegetative, bazate pe predominanţa parasimpaticului (mai vechi filogenetic şi mai repede consolidat ontogenetic), specific sugarului.

● *Tipologii psihologice*

FREUD își constituie tipologia în funcție de fazele de evoluție a libidoului, descriind tipuri primare de caractere : *oral*, *anal*, *uretral*, *falic*, *genital*.

Mult mai complexă decit această tipologie freudiană, care exagerează importanța libidoului, este cea creată de *C. C. JUNG* și *H. J. EYSENCK*, în care este luat în considerare raportul individ-mediu. Se descriu trei tipuri : *extravert* (isterie, ipohondrie) : individul trece prin gindire ceea ce simte, concluziile sale intelectuale fiind îndreptate către date obiective ; individul trăiește în exterior, este aderent la mediu, sociabil, adaptabil, realist, observator al concretului, amator de plăceri, doritor de noi posibilități ; *ambivert* ; *introvert* : individul este un ginditor introspectiv, reflexiv, cu adincime și intensitate în gindire, fără a ști însă să-și exploateze ideile personale, refractar față de lumea exterioară, inadaptabil, impresionabil, cu redusă capacitate de observație exterioară, tăcut, calm, inaccesibil, cu sentimente intense, ascunse sub masca indiferenței, stabil.

SCHILLER descrie, în funcție de orientarea intro- sau extrovertă, două tipuri : *naiv* — orientat spre natură, spre lumea exterioară, și *sentimental* — meditativ, introvertit.

NIETZSCHE, considerînd același criteriu al deschiderii spre exterior, descrie : *dionisiacul* — activ, extrovertit, și *apolinicul* — meditativ, introvertit.

Același factor este luat în considerare și de *WORRINGER* în delimitarea a două tipuri : *empatic* — extravertit și, *abstract* — introvertit.

Referindu-se la tipurile psihologice ale filozofilor, *JAMES* descrie *tipul empirist* — extravertit, și *tipul raționalist* — introvertit.

OSTWALD, referindu-se la savanți, descrie și el două tipuri : *romantic* — extravertit și *clasic* — introvertit.

E. KRETSCHMER descrie, în funcție de tipul gîndirii, trei tipuri psihologice, găsindu-le fiecăruia prelungirea în psihopatologie : *concret* (intuitiv), cu prelungire în ciclotimie ; *romantic* (visător), cu prelungire în schizotimie ; *logic* (rațional), a cărui prelungire în psihopatologie ar fi schizoidia.

O tipologie originală, folosind drept criteriu maniera reprezentărilor vizuale, construiesc *E. R.* și *W. JAENSCH*. Ei disting : *tipul eidetic*, la care există o înregistrare și o reprezentare a imaginilor cu o mare pregnanță și detaliere, ca a postimaginilor, și *tipul aneidetic*, la care nu există această manieră de înregistrare.

În 1941, *H. RORSCHACH* descrie „tipuri de rezonanță intimă" (Erlebnisstypus), după raportul dintre răspunsurile culoare /C/ și kinestezice. Această tipologie conține : tipul *extratensiv* (K C) — sociabil, bogat afectiv, cu spirit practic ; tipul *intratensiv* — cu o bogată viață interioară, capabil de mari eforturi voliționale, cu imaginație bogată și mare productivitate interioară, cu relații intensive ; tipul *coartat* (retractat), fără C și K, pedant, deprimat, cu slabă rezonanță afectivă, cu blocaj afectiv, de obicei melancolic ; tipul *ambiegal* (C = K), caracterizat printr-un echilibru al celor două categorii de trăsături enumerate la primele două tipuri.

E. R. și *W. JAENSCH* au mai elaborat și o tipologie în care criteriul de referință a fost gradul de coerență și permeabilitate a structurilor psihice și orientarea vieții psihice. Luînd în considerare acești factori, ei au descris patru tipuri : *basedowian*, cu maximul integrării „în afară" ; *tetanoid*, cu integrare către interior sau chiar dezintegrare ; *litic* — istericul, schizoidul etc. ; *instabil*.

Max LÜSCHER, în funcție de preocuparea dominantă a vieții psihice, descrie : *tipul concentric*, cu preocupare subiectivă, de sine (fie introvertită, fie extravertită) și pasivism, și *tipul excentric*, cu preocupare obiectivă, de ambianță (extravertită) și activism.

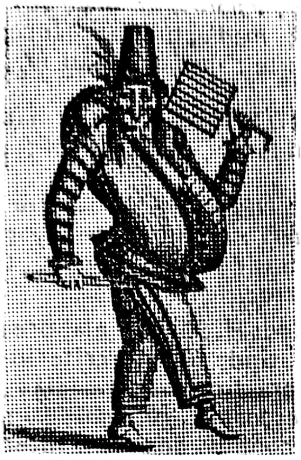
● *Tipologii psihosociologice*

A. ROBACK, în 1931, elaborează o tipologie conținînd trei tipuri, al căror criteriu de diferențiere îl constituie maniera de reglare a conduitei. Această tipologie include : tipul *superior*, la care predomină autoreglarea, reglarea prin intuiție ; tipul *mijlociu*, la care reglarea conduitei se face prin mijloace sociale și juridice ; tipul *fără caracter*, la care reglarea conduitei nu este posibilă decît prin mijloace de coerciție fizică.

În funcție de predominanța unei atitudini sau a alteia față de mediu, *DILTHEY*, *Ed. SPRANGER*, *ALLPORT*, *VERNON* descriu șase tipuri : *practic* (dirijat de interese economice) ; *teoretic* (dirijat de interese cognitive, tinzînd spre sistematizări de cunoștințe) ; *estetic* (dirijat de frumos, de formă și armonie) ; *religios ; dominator* (dominat de interesul politic pentru putere) ; *social* (dirijat de interesul pentru satisfacerea oamenilor, de iubirea pentru aceștia).

Conducîndu-se după criteriul relațiilor individului cu ambianța, *K. HORNEY* elaborează o tipologie care cuprinde : tipul *complezent*, cu tendința de dirijare spre oameni ; tipul *agresiv*, cu tendință de dirijare împotriva oamenilor ; tipul *detașat*, cu tendință de îndepărtare de oameni.

E. FROMM descrie două tipuri psihosociale : *productiv*, cu gîndire și acțiune productive, obiectivitate în cunoaștere și autocunoaștere, echitate ; *neproductiv*, cu trei subtipuri : cu orientare receptivă ; cu orientare de acumulare ; cu orientare comercială.



N. Bonnart

BLEULER elaborează două categorii tipologice, fiecare conținînd cîte două tipuri, care reprezintă antipozii : *participant*, *retractil* și *sintonic* (afectivitate, comunicativitate, motilitate, cu sens rațional), *schizoid* — retracție, însingurare, elaborare ermetică și meditație.

W. I. THOMAS, FI. ZNANIECKI descriu două tipuri constituționale, diferențiate după natura relațiilor individuale private : *boem* — stăpînit preponderent de instincte, cu redusă capacitate de autocontrol și de adaptare socială ; *filistin* — condus de normele morale și sociale, cu integrare socială uneori pînă la tipare prea rigide, bazate pe prejudecăți.

FI. ZNANIECKI descrie patru tipuri psihosociologice, diferențiate după rolul principal în grup și mediu : *omul bine crescut* care urmărește aprecieri pozitive ; *omul muncii*, încadrat în muncă ; *omul de distracții* și *omul original*.

J. SZCEPÁNSKI, în funcție de atitudinea față de nou, consideră că există următoarele tipuri : *creator ; apărător al creațiilor ; prejudiciator al societății ; întreținut de societate*.

THURSTONE, G. B. SHAW, împrumutînd nomenclatura principalelor partide politice ale vremii, descriu : tipul *radical* (progresist, fire deschisă, spirit tineresc) și tipul *conservator* (tradiționalist, fire închisă, cu prejudecăți și spirit bătrînesc).

Alegînd din multitudinea relațiilor omului cu ambianța relații interindividuale și, în cadrul acestora, selectînd nivelul tendinței de manipulare interpersonală, pe care îl folosesc drept criteriu de referință, *R. CHRISTINE* și *F. L. GEISS* descriu trei tipuri : *puternic Mach ; mediu Mach ; slab Mach*.

F. R. BALES își elaborează tipologia luînd în considerare trei dimensiuni ale personalității „interpersonale" : ascendent-descendentă /U—D/, pozitiv—negativă /P—N/, înainte—înapoi /F—B/. El descrie următoarele tipuri : *UPF* — orientat spre solidaritate și progres social ; *UNF* — orientat spre autoritate autocratică ; *UP* — orientat spre progres social ; *P* — orientat spre egalitate ; *UF* — orientat spre loialitate și cooperare în grup.

În 1975, *I. M. NESTOR*, folosind criteriul de personologie profesională, alcătuiește categorii tipologice diferențiabile după corelația trăsăturilor de personalitate cu eficiența într-o activitate dată. El descrie patru tipuri : *diurn, nocturn, accidentabil* și *neaccidentabil*. În tipul *accidentabil* se înscrie muncitorul *industrial, integrat profesional*. În cadrul tipului *neaccidentabil* se includ : muncitorul *agricol, integrat în colectivul de muncă, comercial*, dublu integrat și *militar*.

K. BENNE, P. SHEATS conturează trei categorii tipologice, în funcție de rolul individului în grup :

- *centrat asupra sarcinii*, cu următoarele tipuri : *stimulator ; activist ; secretar ; reglator al problemelor materiale ; operator cu informațiile ; evaluator ;*
- *centrat asupra coeziunii*, cu următoarele tipuri : *încurajator ; conciliator ; releu ; observator* și *comentator ; acceptor al deciziilor grupului ;*
- avînd *roluri parazitare*, cu următoarele tipuri : *agresiv ; frenator ; interesat ; negator ; sofist* sau *orator ; dominator ; avocat al interesului personal ; umilit pe față*.

În clasa tipologiilor psihosociologice, Paul POPESCU—NEVEANU include și *tipurile de lider*. Dintre acestea, sînt amintite următoarele tipologii :

W. M. CONWAY desctie trei tipuri de lideri : *antrenor al mulțimii ; care exprimă aspirațiile mulțimii ; reprezentativ pentru mulțime*.

A. B. WOLF consideră trei tipuri de lideri : *radical ; conservator ; științific*.

MERRIS, SEEMAN (1950) și *C. GIBB* (1954) alcătuiesc o tipologie a liderilor după criteriul nivelului comportamentului individual, al competenței în sarcină și al sociabilității, descriind : *„bunul conducător"* sau *„omul mare"*, cu scoruri înalte în toate cele trei categorii ; *specialistul în sarcină*, cu scoruri înalte la comportament individual și competență; *specialistul social*, cu scor înalt doar la sociabilitate; „*dominatorul*“ sau „*deviantul supraactiv*“, cu scoruri scăzute la toate criteriile.

B. M. BASS descrie următoarele tipuri de lideri: *cu orientare spre sine; cu orientare spre sarcină; cu orientare spre interacțiune*.

O complexă tipologie a liderului este elaborată de *K. LEWIN, R. LIPPITI, R. K. WHITE, J. A. C. BROWN*, care descriu trei tipuri: *autocrat, democrat* și *permisiv*. Tipul *autocrat* are ca subtipuri: *strict* (sever, dar corect, aparent lipsit de afectivitate și generozitate, realist, conservator, păstrînd numai cîțiva vechi și fideli subalterni); *binevoitor* (nonconformist, responsabil pentru colaboratori, centralizator); *incompetent* (nematurizat intelectual și afectiv, animat de dorința de putere, slugarnic cu superiorii, umilind și invidiind pe subalterni). Tipul *democratic* are două subtipuri: *autentic* (dirijor al grupului, antrenîndu-l în elaborarea și realizarea deciziilor) și *pseudodemocrat* (nematurizat afectiv, caută să convingă, chiar să seducă, pierde din vedere perspectiva, aduce grupului iluzia temporară a unei anumite autonomii). Tipul *permisiv* (laissez-faire) abdică în favoarea adjunctului, dă sfaturi „filozofice“ pentru a nu lăsa subordonații fără nici un fel de directive, fiind cantonat uneori la nivelul acțiunilor de reprezentare a grupului.

N. Bonnart

NORMAN R. F. MAIER descrie trei tipuri de lideri: *paternalist* (intermediar între tipurile autocrat și permisiv); *majoritar* (intermediar între tipurile autocrat și democrat) și *laissez-faire cu discuții* (intermediar între tipurile democrat și permisiv).

În raport cu angajarea personală în cooperarea generală, *CHALVIN* descrie cinci tipuri de lideri: *distant, cooperator excesiv, mobilizator-angajat, cooperator echilibrat angajat-cooperator*.

Liderii descriși de *T. HERSENI* sînt considerați în funcție de evaluarea combinației dintre valoarea profesională și „felul lor de a se purta“: *valoros, care știe să se poarte cu subalternii; valoros, lipsit de stil* (nestăpinit, brutal etc.); *mediocru* sau *incapabil, care știe să se poarte; mediocru* sau *incapabil, lipsit de stil*.

F. C. BARTLETT descrie următoarele trei tipuri de lideri: *instituțional; dominator; persuasiv*.

WINKLER, HERMADEN descriu și ei trei tipuri de lideri: *suveran, pedagog* și *apostol*.

WEBER consideră că există trei tipuri: *charismatic, tradițional, legal*.

În 1965, *Edgar H. SCHEIN* elaborează tipologia liderilor folosind drept criteriu implicarea acestora în practica managerială:

- *omul economic rațional* (simplu executant, condus doar de interese economice individuale, conducerea sa este interesată doar de executarea corectă a sarcinilor și nu de sentimentele, dorințele și moralul oamenilor);
- *omul social* (presupune orientarea conducerii nu numai asupra sarcinilor, ci și asupra oamenilor, asupra sentimentelor lor, vizînd ameliorarea relațiilor interpersonale, umanizarea întreprinderilor);
- *omul care se autoactualizează* (centrarea conducerii asupra nevoii de autorealizare a oamenilor, vizînd valorificarea talentelor și a capacităților);
- *omul complex* (cel care îmbină particularitățile tipurilor de mai sus).

F. HERZBERG, în 1966, elaborează o tipologie în care criteriul diferențierii este atît interrelația umană, cît și atitudinea față de dezvoltarea tehnică. El distinge: *omul economic*, care lucrează bine atunci cînd este bine tratat din punct de vedere economic, material; *omul mecanic*, care este complet subordonat mașinii, dezumanizat; *omul social pasional*, care este angajat în relații afectiv-simpatetice adesea inconștiente; *omul instrumental*, care își dezvoltă capacitățile umane conform dezvoltării tehnicii.

În psihologia românească se distinge complexa tipologie a lui *V. PAVELCU* care diferențiază tipurile de lideri după perspectiva de viață și modalitatea de valorizare, distingînd: tipul *îngust* (restrîns la un cerc limitat de interese); *dispersat* (cu o notă de instabilitate); *detașat de real* (angajat într-un plan imaginar); *acuzativ* (alții sînt „vinovați“ pentru propriile lipsuri) ; *autoacuzativ* (culpabilitate) ; *agresiv ; multilateral și armonic-creativ ; larg, profund, superior*.

W. J. REDDIN, în 1968, identifică opt tipuri de lideri, pe care le diferențiază în funcție de predominanța unuia din următoarele trei feluri de preocupări : pentru sarcini, pentru contacte și pentru randament. În funcție de acești parametri, el distinge următoarele tipuri : *negativul* (prezență slabă sau absență totală a tuturor celor trei categorii de preocupări) ; *birocratul* (mai activ decît negativul, mai atent la respectarea normelor de conduită, fără nici o preocupare reală pentru una din cele trei funcții descrise) ; *altruistul* (preocupat mai ales de contactele interioare) ; *promotorul* (preocupat în egală măsură de contacte și de randament) ; *autocratul* (preocupat mai ales de sarcinile de moment, ignorînd ecoul afectiv-negativ al atitudinilor și actelor sale) ; *autocratul binevoitor* (preocupat atît de sarcini, cît și de randament, evitînd iritarea subalternilor) ; *ezitantul* (*oscilantul*) preocupat de randament și contacte, dar rezervat sau incapabil să influențeze trecerea la executarea unor sarcini imediate) ; *realizatorul* (adevăratul conducător, îmbinînd toate cele trei tipuri de preocupări).

E. E. VENDROV alcătuiește o tipologie în funcție de eficacitatea muncii și de capacitatea de organizare a muncii subalternilor. El descrie : *factotumul* (gîndește și hotărăște pentru toți ; are ca variantă *neînlocuibilul*, caracterizat prin faptul că își demonstrează capacitatea de a fi de neînlocuit prin tenacitatea muncii sale), *eschivatorul* (transferă toate sarcinile subalternilor săi), *ponderatul* (face numai strictul necesar, transferînd restul sarcinilor subalternilor), *conducătorul comandant* (exprimă cu orice preț propria sa voință), *conducătorul voluntar și totodată generos* (alternează exigența cu blîndețea), *conducătorul cu voință slabă, dar cu autoritate* (dispozițiile iau forma explicațiilor, a sfaturilor, reușind să încheie acțiunile începute), *conducătorul cu voință slabă* (influențat de colectiv și de liderii informali în totalitate).

N. Bonnart

D. CHALVIN, folosind drept criteriu spiritul de angajare personală și cel de colaborare, descrie următoarele tipuri de lideri : *organizatorul* (acordă suficientă autonomie subalternilor, nelăsîndu-se însă influențat de ei ; are ca variantă ineficientă *birocratul*), *participativul* (colaborează eficient cu ceilalți, lăsîndu-se influențat de ei, dar și dominîndu-i ; are ca variantă ineficientă *paternalistul* și *demagogul*), *întreprinzătorul* (colaborează cu fiecare subaltern în parte, reușind să obțină rezultate optime, afirmîndu-și autoritatea ; varianta ineficientă a acestui tip este *tehnocratul* și *autocratul*), *realistul* (dă dispoziții eficiente, se consultă cu subalternii, lăsîndu-le însă autonomia relațiilor interpersonale ; varianta ineficientă — *oportunistul*), *maximalistul* (incită subalternii să se interinfluențeze la maximum, cerînd prezentarea deschisă a conflictelor în vederea soluționării lor ; varianta ineficientă este *utopistul modernist*).

● *Tipologii clinice*

În sistematizarea pe care o realizează P. POPESCU-NEVEANU include cîteva tipologii clinice.

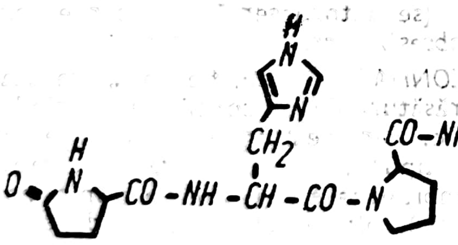
FREUD descrie următoarele tipuri psihosociale caracteriale : *erotic* (preocupat în menținerea afecțiunii), *obsesiv*(afirmîndu-și Supraeul), *narcisic* (se autoconservă) și tipurile mixte : *erotico-obsesiv, narcisico-obsesiv*.

K. LEONHARD, în funcție de „accentuarea“ unor trăsături de personalitate, tinzînd spre patologic, dar neatingîndu-l, distinge următoarele tipuri : *hiperperseverent* (susceptibilitate, ambiție, care se prelungește în psihopatia paranoică); *hiperexact* (exagerat de serios și conștiincios), se prelungește în psihastenie ; *demonstrativ* (teatralism, autolaudă, autocompătimire), cu prelungire în psihopatia isterică ; *nestăpînit* (irascibilitate, indispoziție, toxicofilie, devieri sexuale), cu prelungire în psihopatia epileptoidă ; *demonstrativ-hiperperseverent, hiperperseverent-nestăpînit, hipertimic* (locvace, bine dispus), cu prelungire în psihopatia hipomaniacală, *distimic* (posomorît, serios), prelungit în psihopatia subdepresivă, *labil afectiv* (oscilații între veselie și tristețe, între hipertimie și distimie), cu prelungire în ciclotimie, *emotiv* (trăiri afective intense, atît în fața evenimentelor triste, cît și a celor fericite), prelungindu-se în psihopatia afectivă labilă, *exaltat* (excesivă oscilație între euforie și depresie), cu prelungire în ciclotimia exaltată, *anxios*, *introvertit* (trăiește preponderent în lumea imaginației), *extravertit* (trăiește preponderent în lumea percepției), *introvertit-hipertimic*, *distimic-hiperperseverent*, *hipertimic-demonstrativ*, *demonstrativ-exaltat*.

În 1962, K. SCHNEIDER elaborează următoarea tipologie clinică : *hipertim* (hipomaniac), *depresiv*, *neliniștit*, *fanatic* (paranoiac), *histeroid* (histrionic sau mitomanic), *instabil*, *exploziv*, *apatic* (schizoid), *astenic* (psihasten).

P. POPESCU-NEVEANU menționează în încheierea sistematizării pe care o propune o tipologie care constituie obiectul de lucru în psihiatria contemporană, alcătuită după gradul de dezorganizare a sistemului personalității și a raporturilor acesteia. În acest context, tipurile acceptate sînt *psihopatic* (anomalii de dezvoltare a ansamblului personalității, prin reducerea plasticității și a potențialului de devenire), cu următoarele variante : *astenic*, *isteric*, *psihastenic*, *excitabil*, *impulsiv*, *hipertimic*, *paranoic*, *pervers sexual* ; *nevrotic* (alcătuit în urma dificultății de identificare cu un model), cu următoarele subtipuri : *neurastenic*, *obsesivo-fobic* (psihastenic), *pitiatic* (isteric), *mixt* (motor) ; *psihotic* (disoluția personalității, ruptura individului de real, pierderea sistemelor valorico-normative normale), cu următoarele subtipuri : *schizofrenic*, *paranoic*, *parafrenic*, *maniaco-depresiv*.

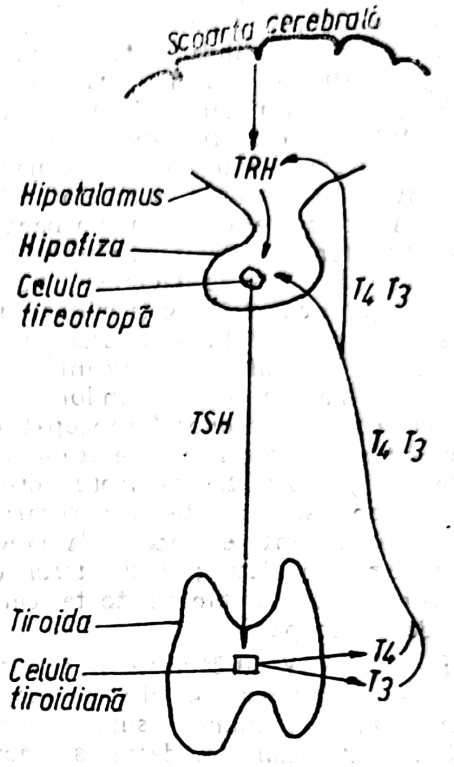
335. **TIREGAN$^{(M)}$** Spania — DCI *Protirelin* ● Psihotrop cu acțiune ușor antidepresiv-timoleptică, de tip 5-oxo-L-prolil-L-histidil-L-prolinamidă, utilizat și în diagnosticul diferențial al disfuncției tiroidiene, produsul fiind sintetizarea TRH-ului.



336. **TIREO-** (cf. gr. *thyra* „ușă") ● Element de compunere care introduce referirea la glanda tiroidă.

337. **TIREOTOXICOZĂ** (cf. *tireo-* ; gr. *toxikon* „otravă") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HIPERTIROIDIE.

338. **TIROIDĂ** (cf. *tireo-* ; gr. *eidos* „aspect, formă") ● Glandă endocrină, cea mai voluminoasă din organism, care secretă hormoni tiroidieni iodați, derivați de tiroxină, cu rol capital în dezvoltarea și diferențierea organismului ; C. I PARHON afirma că : „fără tiroidă orice civilizație ar fi absentă". Hormonii tiroidieni exercită acțiuni reglatoare asupra diferitelor căi metabolice, mai ales asupra metabolismului energetic și procesului de calorigeneză. Cei doi hormoni ai glandei sînt tiroxina (T_4) și triiodotironina (T_3). Iodul joacă un rol fundamental în elaborarea lor. Sintetizați în glandă, hormonii sînt stocați în cavitățile foliculare, legați de o proteină specifică, tiroglobulina. Printr-un fenomen de proteoliză, hormonii sînt eliberați în sînge, în funcție de necesitățile organismului. Transportul plasmatic al hormonilor se realizează prin intermediul unor proteine cu care aceștia sînt legați : o globulină (TBG sau tyroxin-binding-globulin), o prealbumină și serumalbumină.



REGLAREA SECREȚIEI HORMONILOR TIROIDIENI

Mecanismele de acțiune a hormonilor se realizează prin succesiunea următoarelor etape :

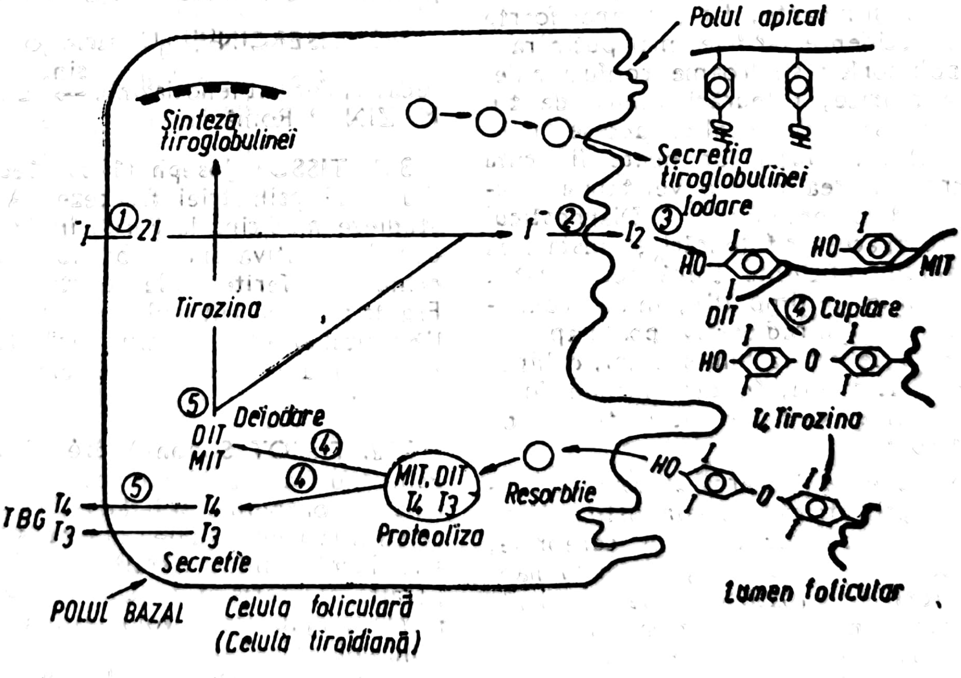
- legarea tiroxinei de receptori specifici ai membranelor celulare și pătrunderea hormonului în celulă ;
- stimularea sistemului AMPc-proteinkinaze ;

- transformarea T_4 în T_3 şi legarea acestuia de unele structuri intracitoplasmatice (ribozomi, mitocondrii, transformarea T_4 în T_3 poate fi afectată de heroină şi perfenazină) ;
- fixarea T_3 la nivel nuclear de un receptor specific ;
- formarea ARN-mesager şi a polipeptidelor reglatoare ale metabolismului celular.

Fiecare dintre aceste etape poate fi blocată, generînd forme particulare de hipotiroidism. Reglarea secreţiei de hormoni tiroidieni depinde de axul hipotalmo-hipofizo-tiroidian, dar este influenţată şi de factori care ţin de glandă (autoreglare tiroidiană), precum şi de statusul metabolic al organismului. Astfel, în cadrul axului hipotalamo-hipofizo-tiroidian, reglarea presupune existenţa unor mecanisme de feedback scurt hipofizar, în cadrul căruia concentraţia sanguină de T_3 influenţează secreţia de hormon tiroid-stimulant (TSH), dar şi de un feedback lung hipotalamic, în cadrul căruia secreţia de hormon tireotrop hipotalamic (TRH) este influenţată atît de concentraţia sanguină a T_3, cît şi de alţi stimuli, cum ar fi cei termoreglatori. Secreţia TRH-ului hipotalamic este stimulată de sistemul adrenergic şi serotoninergic şi inhibată de dopamină. Alţi factori de reglare sînt reprezentaţi de :

- factori stimulatori — acetilcolina şi omologii săi, sistemul simpatoadrenergic, frigul ;
- factori inhibitori — estrogenii, substanţe guşogene (în cadrul cărora pot fi menţionate ca acţionînd direct pe glandă : litiul, iar periferic, fenobarbitalul).

În ceea ce priveşte acţiunile hormonilor tiroidieni, ele se realizează practic asupra tuturor aparatelor şi sistemelor, esenţială fiind implicarea lor metabolică globală. În afara acţiunilor asupra tuturor proceselor metabolice, hormonii tiroidieni au efect excitant central şi reprezintă un factor indispensabil în maturarea structurilor nervoase şi în procesele de dezvoltare psihoindividuale. Asupra sistemului nervos vegetativ produc potenţarea efectelor simpatice şi a celor excitatoare parasimpatice. Acţiunea lor se interferează cu acţiunea biologică a insulinei, prolactinei, gonadotropinelor hipofizare, a estrogenilor. Explorarea activităţii tiroidiene presupune atît determinarea concentraţiilor sanguine de hormoni tiroidieni, evaluarea acţiunii acestora prin intermediul efectelor lor, dozarea factorilor fiziologici de control (TRH şi TSH), cît şi tehnici radioizotopice şi imunoenzimatice, radiologice, scintigrafice.



TREPTELE SINTEZEI SI SECREŢIEI HORMONILOR TIROIDIENI

1-captarea iodului din circulaţie (I^-) ; 2-oxidarea iodului ; 3-iodarea tirozinelor din componenţa tiroglobulinei ; 4-cuplarea tirozinelor iodate (MIT, DIT) ; 5-proteinoza tiroglobulinei si eliberarea T_4 si T_3 în sînge ; 6-deiodarea MIT si DIT necuplate.

Prin frecvența și importanța lor, tulburările psihice care apar în cursul distiroidiilor fac parte integrantă din tabloul manifestărilor clinice ale hipo- și hipertiroidiilor, putînd surveni și în timpul sau către sfîrșitul unei acțiuni farmacologice sau chirurgicale asupra tiroidei :

- administrarea antitiroidienelor de sinteză determină rareori confuzie mintală sau accese delirante (așa cum se întîmplă în tratamentele cu carbimazol) ;
- în administrarea de hormoni tiroidieni, în timpul tratamentului unei hipotiroidii, subdozajul terapeutic permite întreținerea sau reapariția unor manifestări foarte apropiate de cele ce se constată în cursul insuficienței secreției tiroidiene, în timp ce în cazul supradozajelor, accesele de tip maniacal, confuzional sau confuzo-oniric sînt frecvente ; aceste manifestări, asociate sau nu cu semnele clinice ale unei hipertiroidii, se datorează excesului de hormoni tiroidieni și determină stări de astenie sau de hiperexcitabilitate psihică ;
- în cazul tiroidectomiei, simptomatologia este astăzi mai puțin pregnantă, datorită posibilităților de utilizare preoperatorie a hormonilor tiroidieni. Se descriu astfel accidente precoce, de tip acces confuzional brutal, care pot evolua către delir acut și moarte, dar care apar foarte rar, și accidente tardive, mai puțin rare dar polimorfe : sindroame confuzionale, accese onirice, tulburări timice de tip maniacal sau melancolic, accese delirante etc. Evoluția lor poate fi acută sau cronică, realizînd o veritabilă „psihoză-posttiroidectomie". Diagnosticul precoce al acestor tulburări și instalarea unei terapii eficiente oferă posibilitatea corectării lor în timp util ; în cazul administrării de iod radioactiv, poate apărea, în decurs de cîteva luni sau ani, o hipotiroidie iatrogenă, în care manifestările psihice sînt similare altor tipuri de hipotiroidie.

Ipotezele moderne încearcă să explice simptomatologia psihiatrică asociată distiroidiilor prin afectarea fiziologiei aminelor cerebrale, afectarea axului hipotalamo-hipofizo-tiroidian. Acestor factori declanșatori li se asociază, ca factori favorizanți, predispoziția psihopatologică, alterările cardiovasculare și modificările hidroelectrolitice determinate de distiroidii.

În ceea ce privește depistarea afectării tiroidiene în cazul schizofreniilor, stărilor anxioase, maniacale, oligofreniilor, datele sînt contradictorii. Date certe au fost însă obținute în stările depresive severe, în cadrul cărora s-au constatat modificări semnificative ale testului la TRH.

Corelațiile farmacologice se rezumă la acțiunea de potențare pe care hormonii tiroidieni o exercită asupra antidepresivelor triciclice, precum și la tulburările produse de terapia cu litiu asupra secreției tiroidiene. Acestea din urmă par a fi rezultatul inhibării proteolizei tireoglobulinei și inhibării conversiei periferice a lui T_4 în T_3 (forma activă). Consecințele acestor interferențe sînt reprezentate de gușa simplă (4%), hipotiroidii clinice și/sau biologice la 10—25% din cazuri (POROT). Sistarea terapiei cu litiu ameliorează de regulă anomaliile tiroidiene.

339. **TISED**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică, indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putîndu-se produce un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

340. **TISERCIN**$^{(M)}$ Ungaria ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LEVOMEPROMAZIN$^{(M)}$ România.

341. **TISSOT Joseph** (1780—1864) ● Autodidact al psihiatriei franceze. A început să studieze medicina la Paris, în 1798 sau 1799, dar după cîțiva ani a abandonat studiile, lucrînd la diferite azile pentru alienați din Franța ; este autorul lucrării „Manuel de l'hospitalier et de l'infirmier" (1825), primul din Franța și printre primele din lume de acest gen.

342. **TISSOT Simon-André** (1728—1797) ● Psihiatru francez. A studiat și practicat medicina la Montpellier și la Lausanne. A deținut o catedră la Universitatea din Paris. Principalele sale lucrări sînt : „Traité de l'épilepsie" și „Traité des nerfs et de leurs maladies", ultimul foarte amplu (șase volume) ; a devenit mai cunoscut printr-o lucrare de mici proporții, dar de mare interes : „Dissertation sur les maladies produites par la masturbation", care va cunoaște 30 de ediții, între anii 1760—1842.

343. **TITCHENER Edward Bradford** (1867—1927) ● Psiholog englez, exponent al psihologiei

structuraliste din America (1892—1927), adept al introspecției și adversar al „funcționalismului" profesat de W. JAMES, J. DEWEY, BALDWIN. După ce a absolvit Universitatea Oxford, a devenit elevul lui WUNDT, cu care și-a dat doctoratul la Leipzig. A funcționat, timp de 30 de ani, ca profesor la Universitatea Cornell, în laboratoarele căreia s-a preocupat de studiul proceselor senzoriale și erorile datorate stimulilor (în acest sens fiind memorabilă controversa lui cu BALDWIN, privind timpul de reacție), de atenție (considerată atribut al senzațiilor) și de procesele emoționale (apreciate ca bidimensionale, în opoziție cu WUNDT, care le considera tridimensionale).

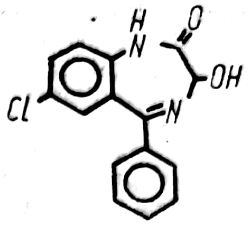
A tradus lucrările maestrului său WUNDT și ale unora dintre reprezentanții școlii din Wurtzburg și a publicat peste 200 de articole. Printre lucrările reprezentative pentru doctrina psihologică pe care a promovat-o, pot fi menționate : „Psihologie experimentală — manual practic de laborator" (1901—1905) ; „Prelegeri despre psihologia elementară a simțurilor și atenției" (1908) ; „Texte de psihologie" (1909—1910).

Împreună cu elevii și discipolii săi (WASHBURN, BAIRD, PILLSBURY, BENTLEY, WHIPPLE, BORING, DALLENBACH), a inițiat un cerc închis de psihologi ; în 1904 a fondat Societatea de Psihologie Experimentală. Timp de mulți ani (1894—1920) a fost editor al Revistei americane de psihologie.

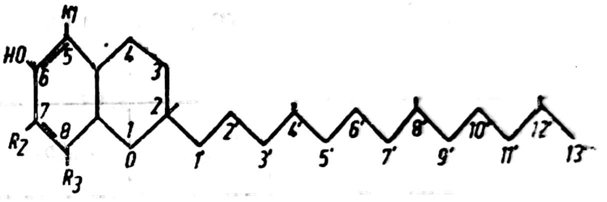
344. **T.I.T.**(T) (TEST DE IMOBILIZARE A TREPONEMEI) ● Probă imunologică de laborator, constînd în vizualizarea anticorpilor antitreponemici, care oferă posibilitatea evidențierii Treponemei pallidum în lichidul cefalorahidian, chiar atunci cînd reacția Bordet-Wasserman nu este pozitivă. Testul de imobilizare (reacția Nelson) este pozitiv în aproape 100% din cazuri.

345. **TITILOMANIE** (cf. lat. *titillare* „a gîdila, a zgîndări" ; gr. *mania* „nebunie") — sin. ONICOTILOMANIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ONICOFAGIE.

346. **TITUS**(M) Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în timpul sarcinii.



347. **TOCOFEROL** (cf. gr. *tocos* „sarcină" ; *phero* „a purta, a duce") — sin. VITAMINA E (ANTISTERILICĂ) ● Din punct de vedere biochimic, vitamina E naturală este un amestec de compuși a căror sinteză pleacă de la tocol : α-tocoferol, β-tocoferol, γ-tocoferol și δ-tocoferol, forma cea mai activă fiind α-tocoferolul cu trei grupări metil în structura moleculei :



$R_1 = R_2 = R_3 = H$

TOCOL = 2-metil-2(4',8',12'-trimetiltridecil)-croman-6-ol

Obținerea tocoferolilor se realizează prin extragere din germeni de grîu. În domeniul terapeutic se folosește acetatul de α-tocoferol, asemănător din punct de vedere fizico-chimic cu tocoferolul liber. Valorile normale ale vitaminei E sînt cuprinse între 0,6—1,5 mg/ml plasmă. Este absorbită din alimente la nivelul intestinului subțire, procesul necesitînd integritatea mecanismelor implicate în absorbția lipidelor, deoarece tocoferolul este o vitamină liposolubilă. Concentrațiile cele mai mari de vitamină E se află în testicul, uter și țesutul adipos, care este principalul depozit (D. BEDELEANU, I. MANTA). Se elimină atît urinar, cît și prin materii fecale.

Prin capacitatea crescută de fixare a oxigenului, tocoferolii sînt implicați în protecția unor compuși (lipide, vitamine) de acțiunile oxidante. De asemenea, vitamina E este implicată în acțiunea sistemelor enzimatice respiratorii (NADH-citocrom-C-reductază), favorizînd oxidările mitocondriace. Prin aceste acțiuni, tocoferolii prezintă interferențe cu procesele biochimice ale țesutului muscular, avitaminoza E fiind însoțită de distrofie musculară scheletică, alterări morfofuncţionale miocardiace, dar şi alterări ale ţesutului conjunctiv şi ale substanţei sale fundamentale, afectind astfel permeabilitatea vasculară. De asemenea, vitamina este implicată în procesele de hematopoeză şi rezistenţa eritrocitară la anemie, are efecte de protecţie antimicrobiană şi previne sterilitatea carenţială. Carenţa de vitamină E afectează funcţia de reproducere prin reducerea cantităţii de hormoni ganodotropi hipofizari şi a sensibilităţii receptorilor din organele genitale, faţă de aceşti hormoni. De asemenea, afectează biosinteza acizilor nucleici şi diviziunea celulară, efectele carenţei resimţindu-se atît asupra organismului matern, cît şi asupra celui fetal. Deşi la om nu se cunosc carenţe specifice, se apreciază că lipsa vitaminei E poate produce unele forme de sterilitate carenţială, afecţiuni musculare şi hepatice, dar şi repercusiuni asupra activităţii altor vitamine. Aportul optim este considerat a fi 0,1 mg/zi/kg corp, iar indicaţiile terapeutice sînt reprezentate de afecţiuni ginecologice şi obstetricale, sterilitatea masculină, prematuritate, afecţiuni dermatologice, prevenirea şi terapia afecţiunilor cardiovasculare, leziuni hepatice cronice, afecţiuni distrofice musculare, encefalopatii, unele forme de anemie.

Preparatele utilizate în terapie sînt drajeuri cu 0,030 g tocoferol acetat, fiole cu soluţie uleioasă injectabilă (1%, 3%, 30% tocoferol acetat) şi capsule gelatinoase cu 0,030 g sau 0,100 g tocoferol acetat. Dozele zilnice sînt cuprinse între 50—200 mg în funcţie de afecţiune, hipervitaminoza avînd consecinţe asupra funcţionalităţii organelor genitale, atît masculine, cît şi feminine, şi necesitînd suspendarea administrării.

După D. BEDELEANU şi I. MANTA (Biochimie medicală şi farmaceutică, 1985), structura tocoferolilor naturali şi de sinteză este următoarea :

TABEL CXCII

Tocoferol	)	$R_2(7)$	$R_3(8)$	*Structură*	*Nr. metili*
α	CH_3	CH_3	CH_3	5,7,8 trimetiltocol	trimetil
β	CH_3	—	CH_3	5,8 dimetiltocol	dimetil
γ	—	CH_3	CH_3	7,8 dimetiltocol	dimetil
sinteză	CH_3	CH_3	—	5,7 dimetiltocol	dimetil
δ	—	—	CH_3	8 metiltocol	monometil
sinteză	—	CH_3	—	7 metiltocol	monometil
sinteză	CH_3	—	—	5 metiltocol	monometil

348. **TOCOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *tokos* „naştere" ; *phobos* „frică") ● Teamă patologică de a asista la naşteri, extrem de rar întîlnită şi cu consecinţe nefaste numai dacă apare la subiecţi ale căror profesii implică asistenţă medicală. Poate apărea în decompensările psihastenice, nevroze depresive, anxioase, isterice. E. BLEULER o descrie cu o altă accepţiune, la unele femei însărcinate, unde această teamă se manifestă ca frică de a muri la naştere, asociată cu depresie, labilitate emoţională, infantilism, pica, pervertirea mirosului, repulsie faţă de copii. După naştere, simptomatologia dispare, dar poate reapărea cu ocazia altor sarcini. Nu atinge nivelul psihotic.

349. **TOCOMANIE** (cf. gr. *tokos* ; mania „nebunie") → PSIHOZĂ DE LACTAŢIE.

350. **TOFACINE**$^{(M)}$ Belgia — DCI *Tofenacin* ● Psihotrop de tip N-metil-2-/(0-metil-α-fenilbenzil)oxi/etilamină, cu acţiune situată între timoleptice şi tranchilizante.

351. **TOFISOPAM**$^{(DCI)}$ ● Derivat benzodiazepinic de tip 1-(3, 4-dimetoxifenil)-5-etil-7, 8-dimetoxi-4-metil-5H-2,3-benzodiazepină, cu acţiune anxiolitic-sedativă, uşor stimulantă, indicat în nevroze anxioase şi cenestopate, în perioada de sevraj din alcoolism, cu efecte secundare minime ; este contraindicat în intoxicaţia acută alcoolică. Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :

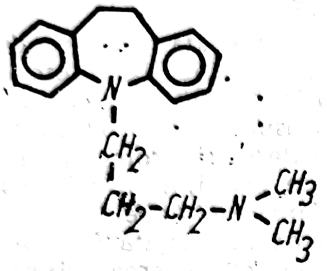
GRANDAXIN(E)$^{(M)}$ Ungaria
SÉRIEL$^{(M)}$ Franţa

352. **TOFRANAZINE**$^{(MC)}$ Ungaria ● Produs terapeutic conţinînd două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar care se complementează :

- IMIPRAMINĂ$^{(M)}$ — timoleptic, derivat dibenzazepinic ;
- PROMAZINĂ$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

353. **TOFRANIL**$^{(M)}$ Anglia, Franța, Germania, SUA, — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă ; se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.



354. **TOKEROL**$^{(M)}$ SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

355. **TOLERANȚĂ** (cf. lat. *tolerare* „a suporta") ● Lipsa unui răspuns din partea organismului la administrarea unei doze active de substanță medicamentoasă, reprezentînd, de fapt, o creștere a rezistenței (a capacității de a suporta) față de efectele drogului. Toleranța poate fi înnăscută sau dobîndită ; un exemplu de toleranță dobîndită îl reprezintă obișnuința față de unii derivați barbiturici, care determină creșterea dozelor inițiale pentru obținerea aceluiași efect. Astfel, fără a fi esențială, toleranța este o verigă importantă în dezvoltarea dependenței la drog. Strîns legată de ea este dependența fizică sau nevoia de a avea o anumită cantitate de drog în organism.

● O altă accepțiune a termenului dă acestuia semnificația de abateri cuprinse între anumite limite față de o valoare standard. Prin extrapolare la nivelul societății, termenul poate fi interpretat în sens pozitiv — înțelegerea și acceptarea unor puncte de vedere diferite — sau în sens negativ — toleranța manifestată față de încălcări ale normelor de conviețuire socială.

O posibilă relație între cele două accepțiuni ale termenului ar putea fi construită, dacă se ia în considerare existența unei toleranțe crescute pe care o au personalitățile cu structuri dizarmonice față de tratamentul cu neuroleptice.

356. **TOLERANȚĂ LA ALCOOL** ● Autorii moderni (V. BELIȘ — „Aspecte toxicologice, clinice și medicolegale în etilism") consideră că în etilism se poate discuta despre toleranță în anumite limite : un „mare băutor" poate consuma numai o cantitate de 3—4 ori mai mare decît o persoană care consumă moderat alcool, pentru a prezenta aceleași semne de intoxicație. În alcoolism, după același autor, sînt descrise mai multe tipuri de toleranță :

— *toleranța acută* se referă la schimbarea răspunsului organismului, la un nivel mai redus al alcoolemiei, comparativ cu același nivel realizat după o singură administrare anterioară, cînd concentrația sanguină prezenta o curbă ascendentă ; mecanismul implicat se presupune a fi legat de o capacitate rapidă de adaptare a SNC ;

— *toleranța cronică* se referă la diminuarea efectului alcoolului după administrări repetate ;

— *toleranța înnăscută* se referă la variațiile individuale ale fiecărui individ, care sînt însă influențate și de multe alte condiții exterioare ;

— *toleranța cîștigată* se dezvoltă în timp.

Studiile efectuate s-au raportat mai ales la toleranța cronică, încercînd elucidarea mecanismelor care stau la baza producerii ei. Între aceste mecanisme sînt considerate : alterarea ratei metabolice a etanolului (considerată ca fiind ipoteza cea mai plauzibilă), schimbarea adaptativă a răspunsului SNC la alcool, descreșterea absorbției gastrointestinale (ipoteză neconfirmată încă), scăderea penetrabilității alcoolului în SNC (deși dozările experimentale nu au dovedit deosebiri între indivizi cu toleranțe diferite), creșterea excreției etanolului.

Trecînd în revistă aceste posibile mecanisme de producere a toleranței, pot fi considerate următoarele aspecte teoretice :

— *Toleranța metabolică* : teoriile privind instalarea toleranței printr-o metabolizare mai intensă a alcoolului se sprijină pe rezultatele mai multor cercetări care afirmă atît o creștere a alcooldehidrogenazei (ADH) după administrarea prelungită de etanol, cît și o proliferare a reticulului endoplasmatic neted (ceea ce ar explica și apariția toleranței încrucișate, pentru că aici are loc și metabolizarea barbituricelor, anestezicelor, generale etc.).

La aceste constatări se adaugă și aceea că la consumatorii cronici de alcool există o capacitate crescută de oxidare a lui, capacitate care scade în perioada de abstinență, ajungînd la fel cu a celor care nu sînt consumatori cronici.

— *Toleranța farmacodinamică* — tradusă printr-o scădere a reactivității țesutului sau printr-o formă de adaptare a SNC, implică producerea intoxicației la alcoolemie treptat mai mare.

În acest context se înscrie și toleranța încrucișată dintre alcool și alte droguri (sedativ-hipnotice cel mai frecvent), tradusă clinic prin cumularea efectelor. Această toleranță este urmarea unei metabolizări mai active la nivelul microzomal prin creșterea activității enzimatice ; apare atunci cînd cele două droguri se asociază, o inhibiție mutuală a metabolismelor, inhibiție ce apare ca urmare a competiției pentru o parte a sistemului enzimatic ; după administrarea de fenobarbital s-a observat creșterea ADH hepatice. Toleranța încrucișată are și un avantaj folosit în curele de dezintoxicare : un drog poate fi eliminat folosindu-l pe cel cu „dependență încrucișată“.

— *Toleranța celulară* — se referă la efectul alcoolului asupra excreției aminelor biogene, studii recente demonstrînd creșterea secreției de adrenalină, normetadrenalină și metadrenalină, proporțional cu alcoolemia. Același efect îl are și acetaldehida, care mărește și excreția urinară a catecolaminelor după administrare de alcool.

Studiile experimentale au demonstrat și efectul consumului cronic de alcool asupra acetilcolinei. Cercetările efectuate nu au demonstrat însă rolul precis pe care aceste modificări de neuromediatori le au în inducerea toleranței.

Alte ipoteze se referă la influența pe care alcoolul o are asupra echilibrului ionic : etanolul inhibă transportul Na și K ; la nivel tisular apare o scădere a K și o creștere a Na.

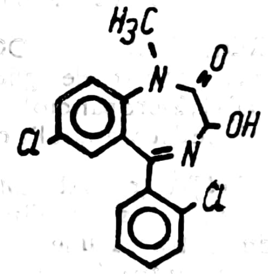
357. **TOLERANȚĂ ÎNCRUCIȘATĂ DINTRE ALCOOL ȘI ALTE DROGURI** ● Toleranța încrucișată constă într-o scădere a sensibilității farmacologice pe care un drog o induce față de alte droguri și viceversa. Ea poate fi metabolică sau celulară, prima implicînd creșterea ratei de metabolizare a unor droguri (Tolbutamidă, Diloretin) după administrarea alcoolului, iar cea de a doua presupunînd schimbarea de către un alt drog a reactivității celulare față de anumite droguri (anestezice, barbiturice).

Un aspect deosebit al toleranței metabolice încrucișate îl reprezintă toleranța față de alcool ce apare la bolnavii tratați timp îndelungat cu barbiturice, toleranță ce s-a explicat prin creșterea alcooldehidrogenazei hepatice și metabolizarea etanolului prin sistemele oxidative microzomale. De asemenea tratamentul îndelungat cu Tolbutamidă determină o toleranță metabolică încrucișată la alcool. Rezultă că substanțele ce se metabolizează prin sistemul microzomal hepatic conduc la toleranța metabolică la alcool în timp ce substanțele cu acțiune sinergică cu alcoolul conduc la o toleranță celulară.

Toleranța încrucișată poate conduce la apariția unor efecte sinergice crescute. Dependența încrucișată constituie un avantaj terapeutic, în sensul că un drog poate fi folosit pentru combaterea sindromului de abstinență, în perioada de sevraj, a drogului cu care prezintă acest fenomen. Astfel, toate substanțele avînd toleranță încrucișată față de alcool pot fi folosite în combaterea sindromului de abstinență la alcool și invers.

358. **TOLHART**$^{(M)}$ Germania — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol sin.
→ TOKEROL$^{(M)}$ SUA.

359. **TOLID**$^{(M)}$ Germania — DCI *Lormetazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(-0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în miastenie, glaucom, în timpul sarcinii și alăptării, la copii și vîrstnici.



360. **TOLNATE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Protipendil* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-piridol/3, 2-b//1, 4/-benzotiazină, cu acțiune sedativă, cu efecte secundare minore.

361. **TOLVIN**$^{(M)}$ Germania ; **TOLVON**$^{(M)}$ Elveția — DCI *Mianserin* ● Antidepresive timoleptice, derivați dibenzazepinici de tip 1,2,3,4,10,14b-hexahidro-2-metildibenzo/c,f/-pirozino/1 2-a/azepină, indicate în depresii de orice formă și intensitate cu mențiunea că în cele nevrotice poate apărea în primele zile somnolență. Trebuie administrat cu prudență la vîrstnici și în epilepsie. Nu are antidot cunoscut, fapt important pentru intoxicații de diferite etiologii.

362. **TOMESCU Petre Ştefan** (1890—1977) ● Psihiatru român, clinician de elită, profesor de psihiatrie (1934), organizator de excepţie, director al Spitalului Central şi ministru al sănătăţii (1941). Spre cinstea sa, a organizat manifestările prilejuite de sărbătorirea „Centenarului Psihiatriei Româneşti" (1938). Sumumul calităţilor sale nu îl va salva de la plata tributului amestecului politicului în medicină.

363. **TOMODENSIOMETRIE (SCANNOGRAFIE)** (cf. gr. *tome* „secţiune" ; lat. *densus* „dens" ; gr. *metron* „a măsura") — sin. TOMOGRAFIE AXIALĂ TRANSVERSALĂ ● Tehnică radiologică de explorare a sistemului nervos central, pusă la punct de HOUNSFIELD şi AMBROSE în 1972—1973. Pentru această realizare HOUNSFIELD a primit premiul Nobel în 1979. Metoda permite vizualizarea în planuri succesive a unei secţiuni axiale transversale a creierului, pe baza analizei „punct cu punct" a zonei explorate. Examenul tomodensiometric este anodin. Riscul radiologic este slab (asemănător celui al unei radiografii pulmonare), dar nu de neglijat la femeia însărcinată şi în cazul examenelor frecvente, repetate, mai cu seamă la copii. Alergia la produse iodate implică precauţiile obişnuite. Examenul necesită colaborare din partea pacientului, în sensul păstrării unei imobilităţi absolute (aproximativ un minut), obligatorie pentru fiecare imagine. O premedicaţie asemănătoare unei anestezii generale este adesea necesară la copil, la demenţi sau la confuzionali. Tehnica de lucru constă în rotarea tubului radiogen în jurul capului pacientului. Tubul radiogen baleiază latero-lateral şi impresionează un cristal detector care are rol de clişeu în examenul radiologic uzual. Cristalul, după fotomultiplicare şi conversie, transmite semnalul unui computer. Informaţia primită de acesta este prelucrată, contrastul fiind amplificat automat şi, tot prin conversie, ajunge la un video-monitor care o poate fixa pe bandă magnetică sau o poate transfera — pe principiul polaroid — unei hîrtii fotosensibile.

Se utilizează astfel principiul diferenţelor de densitate şi absorbţie în strat subţire (secţiune tomografică). Reconstrucţia imaginii se poate face matematic, în termeni de densitate (cifre pe matrice), sau poate fi convertită în imagine TV (GOWLER şi MOSELY). Se apreciază că în organism există patru tipuri de ţesuturi cu grade distincte de absorbţie : osul, părţile moi cu excepţia ţesutului adipos, ţesutul adipos şi aerul. În funcţie de aceste grade, absorbţia se apreciază pe o scală de 1 000 de nuanţe (apa este fixată la zero şi coincide cu părţile moi, aerul —500 şi osul +500). Sistemul nervos central prezintă opt nivele posibile de absorbţie, cuprinse între 0 şi 18 (lichidul cefalo-rahidian O ; sînge circulant +6 ; substanţă cenuşie +12 ; substanţă albă +18). În cadrul neuroradiologiei, indicaţiile acestei tehnici sînt nelimitate (tumori, accidente vasculare, hematoame, atrofie corticală, demielinizare leuconevraxitică).

Aportul tomodensiometriei este esenţial pentru psihiatru în toate cazurile în care există o suspiciune asupra unei patologii cerebrale organice. Contribuţia în diagnosticul tumorilor este semnificativă, cunoscut fiind caracterul uneori tardiv al semnelor radiologice faţă de semnele clinice (mai cu seamă în crizele epileptice), în tumorile gliale şi cele metastatice. Lipsa modificărilor radiologice impune repetarea examenului după un interval de cîteva luni.

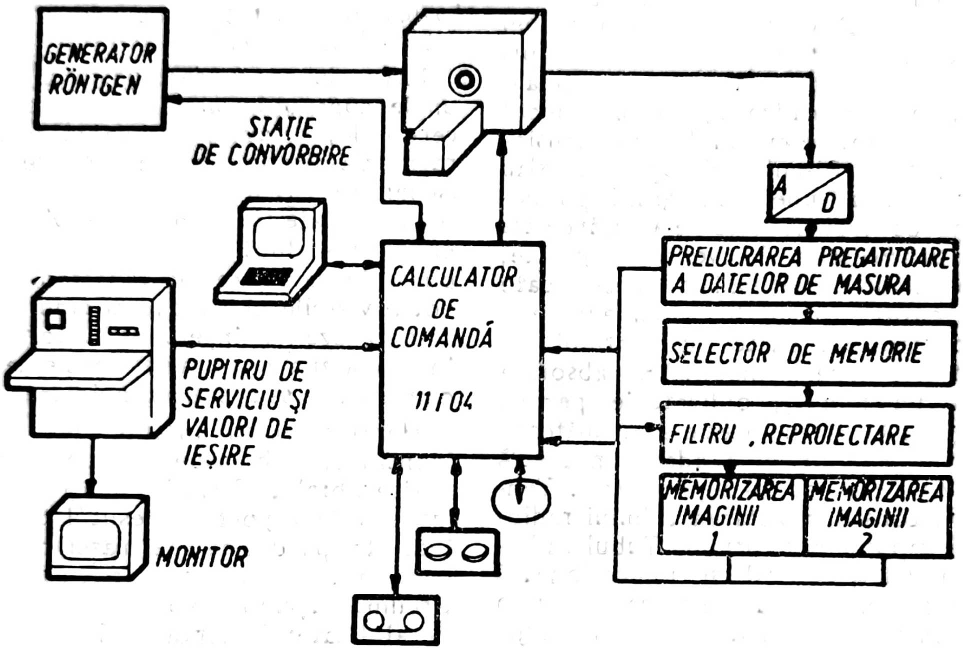
Examenul tomodensiometric a modificat unele concepţii asupra accidentelor vasculare cerebrale, relevînd frecvenţa micilor hemoragii clasificate înainte printre accidentele ischemice. Acestea din urmă se traduc printr-o hipodensitate care nu este vizibilă decît la cîteva zile după accidentul neurologic. Complicaţiile vasculare ale hipertensiunii arteriale pot fi vizibile numai atunci cînd au dimensiuni mari. Prezenţa sîngelui este uşor de identificat în prima zi a hemoragiei dacă este intraparenchimatoasă sau subarahnoidiană.

Hematomul subdural cronic este uşor de identificat sub aspectul unei hipodensităţi pericerebrale. Totuşi, hematomul poate fi izodens în raport cu ţesutul cerebral. Atrag însă atenţia deplasarea masei cerebrale, compresiunea cavităţilor ventriculare şi ştergerea circumvoluţiunilor corticale. Hematomul subdural bilateral, capcană clasică în neurologie şi psihiatrie, este uşor identificat dacă este hipodens, dar poate fi de nerecunoscut dacă este izodens. Tomodensiometria este de asemenea determinantă pentru patologia traumatică sau infecţioasă, dar plăcile de demielinizare sînt evidenţiate într-un stadiu tardiv. Tomodensiometria a devenit un element important în diagnosticul demenţelor, a leziunilor expansive (hematoame subdurale, tumori frontale) care sînt evidenţiate cîteodată întîmplător, examenul fiind efectuat pentru confirmarea altor afecţiuni.

Tomodensiometria este singurul examen atraumatic care permite studiul cavităţilor intracerebrale şi aprecierea gradului de atrofie cerebrală şi/sau dilataţie ventriculară. În demenţele senile şi presenile creierul este atrofiat global, cu lărgirea circumvoluţiunilor corticale şi a şanţurilor silviene şi interemisferice (atrofie corticală) şi este prezentă dilataţia ventriculară (atrofie subcorticală). Predominanța anterioară a atrofiei poate orienta către maladia lui Pick. Atrofia este de asemenea ușor de apreciat la nivelul cerebelului. Confirmarea caracterului patologic al unei atrofii este uneori dificilă: atrofia moderată este fiziologică la bătrîni, iar corelarea între imaginile de atrofie și deteriorarea intelectuală a bolnavilor nu este întotdeauna concludentă.

Tomodensiometria este indispensabilă în diagnosticul hidrocefaliilor cu presiune normală a lichidului cefalo-rahidian. Există o dilatare importantă și globală a sistemului ventricular interesînd ventriculul IV, dar invizibilă în hidrocefaliile noncomunicante, fără lărgirea circumvoluțiilor corticale. Prezența unei zone hipodense periventriculare semnalează o resorbție transependimară a LCR, fiind foarte semnificativă pentru diagnostic.

PRELUCRAREA PREGĂTITOARE A DATELOR DE MĂSURĂ ȘI SISTEMUL DE COMANDĂ



REPREZENTAREA SCHEMATICĂ A UNEI INSTALAȚII DE TOMOGRAFIE AXIALĂ COMPUTERIZATĂ

Tomodensiometria poate preciza diagnosticul unui număr de encefalopatii infantile, cazuri în care examenul este util și pentru supravegherea evoluției afecțiunilor. Sechelele anoxice cerebrale se traduc printr-o hipodensitate a substanței albe. Sensibilitatea detectării calcificărilor (maladiile lui Bourneville, sindromul Fahr, sindromul Sturge-Weber-Krabbe) este de zece ori mai mare față ce cea obținută prin radiografia craniană uzuală.

În bolile demielinizante (Schilder, encefalopatia spongiformă, leucoencefalitele sclerozante subacute) există o hipodensitate difuză sau determinată de plăcile de substanță albă. La alcoolici, în afară de atrofia cerebrală frecventă, însoțită sau nu de atrofie cerebeloasă se constată uneori o hipodensitate centropontică de mieloliză sau modificări ale corpului calos în encefalopatia lui Marchiafava-Bignami.

Rezultatele tomodensiometriei sînt incontestabile, excepție făcînd unele afecțiuni vasculare malformative și acele modificări ale circulației cerebrale pentru care arteriografia rămîne metoda de investigație cea mai utilizată. În ceea ce privește patologia psihiatrică, tomografia axială a permis, în afară de înlocuirea pneumoencefalografiei, identificarea unor tipuri de schizofrenii în care se evidențiază o lărgire a ventriculilor cerebrali și a șanțurilor corticale. Este de menționat că la această grupă de schizofrenici, beneficiul terapiei neuroleptice este aproape nul. Unii autori descriu și imagini caracterizate prin reducerea densității în părțile anterioare ale emisferei dominante.

364. **TOMOMANIE** (cf. gr. *tome* „tăietură“ ; *mania* „nebunie“) ● Tendință patologică pentru intervenții chirurgicale nejustificate, prezentă la dizarmonici, unde poate îmbrăca și un caracter demonstrativ (isterici), la subiecții cu acuze cenestopate pe un fundal nevrotic sau psihotic, subiecții hipocondriaci, rezultat al unor idei delirante. M. POPA, urmărind un lot de 1 000 de nevrotici, constată prezența apendicectomiei la 27 % dintre aceștia. Tomomania nu trebuie confundată cu tendința pentru intervenții chirurgicale nejustificate manifestată de unii chirurgi.

365. **TOMORUG Epaminonda** (1901—1977) ● Psihiatru român. A absolvit Facultatea de medicină din București în 1992, lucrînd, la începutul activității sale, ca intern și apoi ca medic secundar cu profesorul PARHON. După înființarea Institutului de endocrinologie a condus secția de endocrinopsihiatrie a Spitalului Gh. Marinescu, unde a activat pînă în 1969. Această orientare, precum și psihiatria judiciară au reprezentat direcțiile principale în care a desfășurat o neobosită activitate materializată in sute de lucrări științifice, publicate în țară și străinătate. „Este psihiatrul român care a fost cel mai frecvent citat în lucrările științifice din străinătate) (T. VLAD). Este unul din întemeietorii psihiatriei judiciare românești.

366. **TONAFAZIE** (cf. gr. *tonus* „tensiune“ + *a-* prefix privativ ; *phasis* „vorbire“) ● Tulburare datorată leziunilor cerebrale, constînd în pierderea capacității subiectului de a-și aminti melodii (arii). (→ AMUZIE).

367. **TONDÉRON$^{(M)}$** Elveția, Franța — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N, α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale amfetaminei și cu același risc al dependenței.

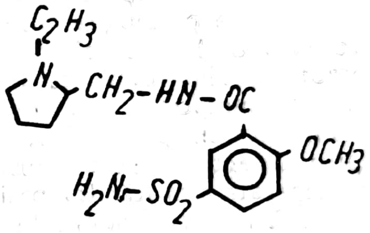
368. **TONIBRAL$^{(M)}$** Franța ; **TONICE$^{(M)}$** Portugalia — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat de tip 2-(dimetilamino)etanol (DMAE) ; este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, determinată de creșterea concentrației de acetilcolină, și cu valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale neurolepticelor sedative ; are acțiune proconvulsivă.

369. **TONIREM$^{(M)}$** Grecia — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

370. **TONITROFOBIE$^{(F)}$** (cf. lat. *tonitrus* „tunet“ ; gr. *phobos* „frică“) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BRONTOFOBIE$^{(F)}$; KERAUNOFOBIE$^{(F)}$.

371. **TONOBRON$^{(M)}$** Grecia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1, 1-dioxid ; este considerat drept primul miorelaxant adevărat, fiind indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare) ; acțiunea anxiolitică este complementară. Nu are practic contraindicații.

372. **TONOFIT$^{(M)}$** Spania — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii), fiind în același timp util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.



373. **TONOQUIL$^{(MC)}$** Elveția, Germania ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se complementează :

- ● THIOPROPAZAT$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- ● CLOFENCICLAN$^{(M)}$ — nooanaleptic, derivat dimetilaminoetanolic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

374. **TONUM$^{(M)}$** Italia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică și cu valențe psiho-

stimulente şi adrenolitice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

375. **TONUS** (cf. gr. *tonos* „tensiune") ● Stare permanentă de tensiune a musculaturii striate (tonus muscular), indispensabilă activităţii motorii a organismului. Tonusul este cel care asigură postura organismului şi adaptarea ei în funcţie de planul mişcării voluntare elaborat la nivel cortical. Este în permanenţă corelat cu nivelul de vigilenţă corticală, reducîndu-se considerabil în timpul somnului ; acest tip de contracţie musculară asigură în acelaşi timp succesiunea diferitelor faze de execuţie ale gestului. MEYER descrie tonusul de postură, tonusul de fond şi de expresie. Toate aceste tipuri de contracţie tonică au la bază nivelul medular de control (reflexul miotatic), la rîndul lui supus influenţelor centrilor nervoşi superiori prin intermediul sistemului extrapiramidal.

Explorarea tonusului muscular este o componentă importantă a examenului neurologic. Această explorare urmăreşte studiul tuturor tipurilor de tonus (de repaus, de postură, de mişcare), variantele patologice fiind reprezentate de reducerea (hipotonie) sau exagerarea lui (hipertonie). Hipotonia, caracteristică afecţiunilor neurologice şi, uneori, simulată fără succes in afecţiuni psihiatrice, este caracterizată prin aspectul flasc al musculaturii şi amploare exagerată a mişcărilor pasive. Hipertonia, caracterizată prin rigiditate şi reducerea considerabilă a amplitudinii de mişcare, apare în neurologie, prin leziuni ale căilor piramidale şi extrapiramidale, şi în psihiatrie, prin interferenţe între fiziologia acestor căi şi terapia neuroleptică.

Prin extensie, termenul de tonus este utilizat în psihiatrie şi pentru a desemna încărcătura emoţională şi afectivă a psihicului. Reducerea lui este caracteristică stărilor deteriorative, iar amplificarea — atingînd uneori intensitatea maximă — este caracteristică tulburărilor de tip maniacal.

376. **TONUS AFECTIV** ● Stare bazală şi permanentă de uşoară tensiune psihică, cu o anumită coloratură afectivă (tristeţe, apatie, indiferenţă, stare veselă, euforică, expansivă etc.), existentă la fiecare individ în lipsa intervenţiei unor stimuli specifici. Pentru această stare de bază, KRETSCHMER utilizează noţiunea de holotimie, distinctă de catatimie, care presupune schimbarea afectivă a conţinuturilor psihice. Tonusul afectiv se circumscrie ca o importantă componentă a problematicii temperamentului şi caracterului. În toate afecţiunile psihice, tonusul afectiv prezintă distorsionări sau oscilaţii de intensităţi variabile.

377. **TONUVITAL**$^{(MC)}$ Franţa ● Produs terapeutic conţinînd două medicamente tipizate, cu acţiune diferită dar complementară :

- ● DEANOL BITARTRAT$^{(M)}$ — nooanaleptic, derivat metilaminoetanolic ;
- ● ACID RIBONUCLEIC — acid nucleic.

Are acţiune psihostimulatorie.

378. **TOP-/TOPO-** (cf. gr. *topos* „loc") ● Element de compunere care introduce semnificaţia de localizare, loc, regiune.

379. **TOPAGNOZIE** (cf. *top(o)-* ; gr. *a-*, prefix privativ ; *gnosis* „cunoaştere") ● Pierderea capacităţii de a localiza senzaţiile tactile. Sub formă de „pseudotopagnozie" apare în multiple tulburări pitiatice.

380. **TOPALGIE** (cf. *top(o)-* ; gr. *algos* „durere") ● Localizarea strictă şi precisă a unei senzaţii dureroase.

381. **TOPECTOMIE** (cf. *top(o)-* ; gr. *ektome* „excizie") ● Metodă psihochirurgicală constînd în deschiderea largă a craniului, cu excizia unor blocuri de substanţă cerebrală la nivelul lobului frontal, inclusiv ariile 9 şi 10 Brodmann.

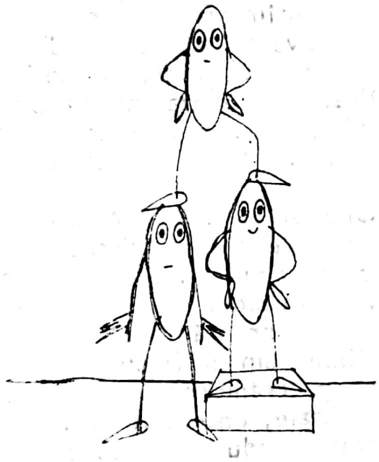
Procesul a fost imaginat de P. POOL (1949) şi prezentat într-o variantă îmbunătăţită de Le BEAU (1977), în care intervenţia bilaterală ar fi fost mai selectivă. Le BEAU afirmă rezultate foarte bune şi tulburări de personalitate mai puţin marcate decît în cazul altor tehnici.

Opinia lui rămîne singulară, deoarece alţi autori găsesc o patologie mult mai amplă după această intervenţie : accese epileptice frecvente, extroversie marcată, deficite neurologice, tulburări de personalitate imprevizibile.

382. **TOPICĂ** (cf. gr. *topos*) ● Termenul se referă la diferenţierile lui FREUD asupra aparatului psihic, aparat compus din mai multe subsisteme cu funcţiuni diferite, între care există anumite raporturi de ordine, ceea ce permite o reprezentare spaţială a lor. Contextul ştiinţific in care a apărut ipoteza lui FREUD asupra unei topici psihice l-au reprezentat : teoria anatomo-fiziologică a localizărilor cerebrale, considerată ca insuficientă, pentru că nu oferă explicaţii funcţionale (observaţiile lui FREUD în domeniul psihopatologiei îl conduc la descoperirea inconştientului şi la faptul că inconştientul este şi el organizat — amintiri, reprezentări care se grupează în

jurul unui „nucleu patogen"); ipoteza (datorată lui BREUER) conform căreia diferenţierea aparatului psihic în subsisteme are o semnificaţie funcţională; studiul şi analiza viselor, visele nefiind o prelungire a vieţii psihice conştiente, ci o altfel de manifestare a vieţii psihice.

● Prima topică freudiană distinge trei sisteme: Inconştient, Preconştient şi Conştient — fiecare avînd funcţii, procese, energie de investire şi conţinuturi reprezentative; între ele se plasează cenzurile care împiedică trecerea de la un sistem la altul. Din punct de vedere dinamic, sistemele se află în conflict unele cu altele. Originea diferenţierii topice are, după FREUD, un aspect biologic (diferenţierea progresivă a instanţelor pornind de la un sistem iniţial inconştient cu rădăcini în biologie); pe de altă parte, la baza inconştientului ar sta procesul (operaţia) de refulare, şi anume, un prim timp al ei, refularea originară (primitivă).



● A doua topică a lui FREUD (după 1920) diferenţiază trei instanţe ale psihismului: Sinele, Eul, Supraeul (→ ID, EU, SUPRAEU). O idee semnificativă în acest sens este aceea legată de importanţa identificărilor în dezvoltarea/formarea personalităţii şi a consecinţelor (formaţiunilor) rezultate (imagine de sine, idealuri, instanţe critice). Între cele trei instanţe există diferite relaţii; de asemenea, în cadrul fiecăreia dintre ele pot exista formaţiuni specifice, subinstanţe (Eul ideal, Idealul Eului). În această a doua topică, ideea de localizare (în sens fizic) se estompează; practic sistemele se comportă între ele ca persoane independente în interiorul aceleiaşi persoane. Astfel, teoria potrivit căreia aparatul psihic este alcătuit din trei instanţe diferite trimite „la un mod fantasmatic în care subiectul se concepe şi se construieşte" (LAPLANCHE şi PONTALIS).

În diferitele boli psihice, mecanismele de formare a simptomelor şi simptomele în sine sînt expresia funcţionării acestor instanţe, expresia conflictelor dintre ele (în special la nevrotici). Simptomul reprezintă eşecurile Eului în relaţia sa cu realitatea. În terapia analitică, prognosticul este mai favorabil cînd conflictul se produce între Eu şi Supraeu. Tratamentul analitic este mult mai dificil în cazurile în care procesul patologic implică o intensă luptă a Eului împotriva instinctelor; Eul ameninţat de Sine manifestă defense foarte puternice (este cazul puseelor psihotice şi al procesului psihotic în genere); conştientizarea conţinuturilor Sinelui are eficienţă terapeutică, dar această conştientizare trebuie să fie foarte lentă întrucît, dacă ea suprimă brusc defensele, procesul morbid se poate amplifica prin slăbirea Eului.

383. **TOPOFOBIE(F)** (cf. *topo-*; gr. *phobos* „frică") ● Frică intensă resimţită de un subiect faţă de un anume loc, motivată uneori printr-o trăire anterioară neplăcută pe care individul a avut-o în acel loc. Reactualizarea trăirii afective determină subiectul să evite contactul cu locul respectiv. Alteori motivaţia evitării şi fricii faţă de un anume loc nu este conştientizată. Topofobia apare în nevrozele obsesive şi anxioase, stări depresive, psihastenie, schizofrenie, isterie.

384. **TOPOGNOZIE** (cf. *topo-*; gr. *gnosis* „cunoaştere") ● Modalitate a sensibilităţii epicritice, care face posibilă localizarea exactă a senzaţiei în spaţiu. Este provocată de stimuli fără caracter nociceptiv, cu rezonanţă afectivă minimă.

385. **TOPOGRAFOGNOZIE** (cf. *topo-*; gr. *graphein* „a scrie"; *gnosis*) ● Deficienţă din grupa agnoziilor constructive, constînd în incapacitatea subiectului de a localiza un detaliu sau de a se orienta pe un plan care reprezintă propria sa locuinţă sau alt spaţiu familiar.

386. **TOPOLOGIE** (cf. *topo-*; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Ramură a geometriei care studiază aspectele calitative ale structurilor spaţiale. Pornind de la acest concept, LEWIN caracterizează un model psihologic dinamic de tip spaţial şi vectorial.

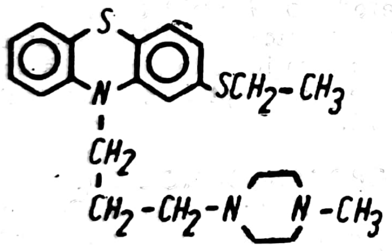
387. **TOPONIMIE** (cf. *topo-*; gr. *onyma* „nume") ● Nomenclatură care ţine seama de criteriul topic sau regional, în opoziţie cu organonomia care utilizează criteriul anatomic. Astfel, în psihiatrie, simptomele senzi-

tiv-motorii isterice, nerespectînd localizările organice stricte, au căpătat denumiri sugerînd regiunea afectată (de exemplu : anestezia „în mănuşă", „în şosetă" etc.).

388. **TOPRAL**$^{(M)}$ Iugoslavia — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-O-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile NL incisive (endogenii), fiind în acelaşi timp util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.

389. **TORA**$^{(M)}$ SUA — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α, α-dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice şi anorexigene, utilizat şi în combaterea obezităţii secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

390. **TORECAN**$^{(M)}$ Anglia, Belgia, Danemarca, Elveţia, Franţa, Italia, Germania, România, SUA, Ungaria — DCI *Tietilperazină* ●



Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-(etiltio)-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-fenotiazină, cu valenţe antiemetice şi antivertiginoase, indicat în tratamentul cefaleelor rebele. Nu se administrează sub vîrsta de 15 ani.

391. **TORESTEN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Tietilpiperazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TORECAN$^{(M)}$ Anglia, România.

392. **TORPID** (cf. lat. *torpidus* „amorţit, toropit") ● Atribut asociat unui fenomen patologic care nu evoluează nici spre agravare, nici spre ameliorare spontană. În psihiatrie caracterizează un anumit tip de lentoare ideativă asociată cu obtuzia conştiinţei (→ CONŞTIINŢĂ — tulburări).

393. **TORPILLAGE** (cf. fr. *torpillage*) ● Procedeu terapeutic constînd în utilizarea unor curenţi faradici în scopul întăririi terapiei sugestive (sugestie „activă"). Domeniul de elecţie al aplicării acestei metode îl reprezintă crizele isterice cu manifestări motorii. Curenţii faradici se aplică în regiunile musculare „paralizate", concomitent cu alte procedee sugestive.

394. **TORPOARE** (cf. lat. *torpor* „amorţire, toropeală") ● Tulburare de conştiinţă caracterizată prin diminuarea lucidităţii ; se manifestă prin lentoarea proceselor ideative, lipsa productivităţii, bradikinezie, hipobulie, reducerea marcată a participării afective, uşoară dezorientare temporo-spaţială, stare de somnolenţă. Se întîlneşte în sindroame confuzionale de diverse etiologii, disfuncţii ale trunchiului cerebral, sindromul de impregnare neuroleptică, în nevroza instituţională (BARTON), psihoze toxiinfecţioase, hipotiroidie, convalescenţa unor boli somatice grave.

395. **TORSIUNE DISTONICĂ** (cf. lat. *torsio* „a întoarce, a răsuci") ● Apariţia intermitentă sau continuă a unor mişcări şi posturi distonice, de etiologii diverse. Torsiunea distonică poate fi privită ca sindrom în cadrul unor afecţiuni cum ar fi anoxia perinatală şi traumatismele craniocerebrale la copil, tumorile cerebrale, encefalitele, afecţiunile nucleilor bazali la adult sau ca o afecţiune de sine stătătoare. Cînd afecţiunea care produce sindromul are o evoluţie de tip progresiv, contracţia spastică poate deveni constantă, afectînd un hemicorp care ia o postură distonică. Odihna şi relaxarea intelectuală diminuează intensitatea spasmului distonic (fără să modifice postura, care rămîne fixă) iar disconfortul fizic-mintal sau tentativa de a face mişcări accentuează tonusul.

Dintre circumstanţele care produc torsiune distonică unilaterală, pot fi menţionate traumatismele craniene, intervenţiile neurochirurgicale, tumorile cerebrale, medicaţia neuroleptică ; şi alte produse pot provoca o reacţie distonică acută : diazoxidul, metoclopramida, L-dopa (la parkinsonieni), difenilhidantoina. Sindromul de torsiune distonică mai poate fi întîlnit într-o serie de afecţiuni degenerative ale sistemului nervos : ataxia Friedrich, coreea Huntington, boala Hallerworden-Spatz, boala Wilson etc.

Criteriile de diagnostic pentru boala propriu-zisă au fost stabilite de MARSDEN şi colab. (1975) :

- mişcări şi posturi tipice distonice ;
- dezvoltare perinatală normală ;
- absenţa administrării oricărui drog care ar putea produce sindromul ;
- absenţa oricărei boli în care sindromul poate apărea ;
- absenţa oricăror alte semne neurologice ;
- absenţa oricăror modificări ale probelor de laborator, inclusiv a cupremiei.

Unii autori au sugerat că în cazul bolii cu debut în copilărie ar fi vorba de o afecţiune ereditară sau genetică.

396. **TORTICOLIS** (cf. lat. *tortus* „răsucit" ; *collum* „gît") — sin. LATEROCOLIS ; LOXIA ● Atitudine vicioasă a capului, constînd în torsiunea gîtului datorită contracţiei muşchiului sternocleidomastoidian, asociată uneori cu contracţia muşchilor trapez sau splenius. Rezultă o înclinare permanentă laterală a capului şi o uşoară flexie a acestuia.

Etiologia torticolisului este multifactorială : osteoartrogenetică (malformaţii congenitale ale coloanei cervicale), oculară, nervoasă, contracturi musculare dureroase etc. Din punct de vedere clinic se descriu două forme de torticolis : congenital şi dobîndit.

Torticolisul congenital se instalează încă din viaţa intrauterină, dar apare clinic după un interval de latenţă faţă de momentul naşterii. În determinismul său intervin cauze diverse :

- osoase (defect congenital al apofizei odontoide ; defect de fuziune a apofizei odontoide la corpul axisului ; anomalii congenitale ale vertebrelor cervicale — hemivertebre, sindrom Klippel-Feil ; diformitatea Sprengel — „scapula ridicată");
- ligamentare (absenţa congenitală a ligamentului transvers, care determină tulburări sau dislocaţii ale vertebrelor cervicale C_1—C_2) ;
- musculare (ruptura traumatică sau hematomul muşchiului sternocleidomastoidian, după manevre obstetricale, aplicare de forceps, de unde şi denumirea de torticolis obstetrical)

Torticolisul dobîndit se prezintă, la sugar, sub două forme :

- torticolis paroxistic (sindromul Snyder), întîlnit la sugari între 2—8 luni, sub forma unor atacuri repetate de torticolis cu rotaţie, asociat cu vărsături, vertij şi nistagmus, avînd durata între 10 minute şi 14 zile ;
- „spasmus nutans", cu debut între 4—12 luni, caracterizat prin înclinarea capului, nistagmus şi vindecare spontană în jurul vîrstei de trei ani.

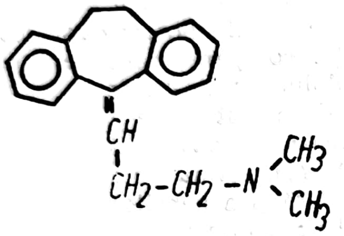
La copilul mare şi la adult, torticolisul dobîndit cuprinde următoarele forme :

- torticolisul infecţios, de natură virotică — sindromul (torticolisul) Grisel, determinat de celulita paravertebrală (este dureros şi febril) şi microbiană (adenită cervicală supurată) ;
- torticolisul nevralgic, determinat de contactura antalgică a muşchilor gîtului, în cazul unei hiperalgezii de vecinătate (nevralgie occipitală, dentară, artrită cervicală etc.) ;
- torticolisul neurologic, în tumorile de fosă cerebrală posterioară, constituie o poziţie compensatoare pentru scurgerea lichidului cefalo-rahidian din ventriculul IV în cisternele din vecinătate ; în tumorile măduvei cervicale, în care acesta reprezintă un semn de compresie medulară şi a nervilor spinali ; torticolis paralitic, consecutiv paraliziei sau atrofiei muşchilor dintr-o parte a gîtului şi acţiunii antagoniştilor acestora ; torticolisul determinat de tratamentul îndelungat cu neuroleptice ; torticolisul determinat de distonia musculorum deformans ;
- torticolisul psihic (GRASSET), spasmodic, mintal (BRISSAUD-MEIGE), care constă în rotarea şi înclinarea permanentă sau intermitentă a capului, datorită unei contracturi tonice unilaterale sau clonice a muşchilor gîtului ; poate constitui sechela unei encefalite epidemice sau unul dintre simptomele parkinsonismului postencefalitic, iar în unele cazuri se poate prezenta ca o tulburare funcţională apărînd la persoane cu comportament psihopatic ;
- torticolisul osos, în luxaţia traumatică atlas-axis şi în artrita reumatoidă cu localizare cervicală ;
- torticolisul ocular — poziţie compensatorie a copiilor cu diplopie, care apare în nistagmusul congenital sau strabismul paralitic ;
- torticolisul auricular Gellé — contractură iritativă a muşchiului sternocleidomastoidian, provocată de o afecţiune a urechii.

Torticolisul congenital la sugar se tratează eficient prin masaj ; formele persistente și recurente necesită uneori secționarea mușchiului sternocleidomastoidian, pentru a preveni deformările osoase. În formele dobîndite, tratamentul se adresează cauzei (medicamentos, chirurgical etc.).

397. **TORUAN$^{(M)}$** Spania — DCI *Doxepin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic de tip N,N-dimetildibenz/b,e/oxepin-$\Delta^{11(6H)}$,γ-propilamină, cu acțiune anxiolitică și antidepresivă medie. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN$^{(M)}$.

398. **TORYDANOL$^{(M)}$** Coreea — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenz/a,d/-cicloheptonă-Δ^{5}'γ-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ$^{(M)}$.



399. **TOTALGESINA$^{(MC)}$** Argentina ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se complementează :

- ● CLORDIAZEPOXID$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- ● MEPROBAMAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- ● HOMATROPINA$^{(M)}$ — parasimpaticolitic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

400. **TOTALITATE** (cf. fr. *totalitê* : vezi lat. *totus* „tot, întreg") ● Ansamblul tuturor elementelor (lucruri, ființe, relații etc.) relaționate și integrate într-o structură omogenă în care elementele își pierd individualitatea. Termenul semnifică atît tendința obiectivă de structurare a sistemelor vii, cît și un principiu explicativ din metodologia științelor. În psihofiziologie, cu titlul de holism, conceptul de totalitate este opus atomismului psihologic, în sensul afirmării primordialității întregului față de părțile constituente, întregul fiind superior și diferit de simpla însumare a constituenților lui.

Prin extensie, în psihiatrie se poate vorbi de o strategie sistemică și integrativă în abordarea bolnavului psihic, privit ca totalitatea condițiilor intern-subiective și extern-obiective implicate în configurația tabloului psihopatologic dat (→HOLISM, STRUCTURĂ, STRUCTURALISM).

401. **TOTEM** (cf. fr. *totem* cuvînd din limba ojibwa : *ototeman* „el este din neamul meu") ● Entitate naturală, extraumană, pusă în relație simbolică cu existența umană (comunitate tribală, familie, individ), reprezentînd, de cele mai multe ori, strămoșul, dar și protectorul comunității (tribale, familiale) sau al individului respectiv. Totemul era reprezentat, în culturile primitive, prin animale (asocierea cea mai frecventă), mai rar prin plante și foarte rar prin fenomene ale naturii (vîntul, fulgerul) sau obiecte neînsuflețite (stînci, pietre etc.). Totemismul — credința în totem — implică un proces de sacralizare a obiectului devenit totem (indivizii cu același totem se supun acelorași obligații sacre, acelorași interdicții legate de totem ca obiect sacru și referitoare la viața socială) ; este o formă primitivă și elementară de religie, care a generat însă valori fundamentale pentru complexele mitologice și religioase ulterioare.

În etnologia și antropologia culturală nu s-a putut ajunge la o definire consensuală a totemului și a conceptului derivat din acest termen — totemismul, tendința, în prezent, constituind-o nu efortul de conciliere a punctelor de vedere exprimate, ci procesul de dizolvare a conceptelor respective. În diferitele încercări de definire sau descriere a totemismului, au fost considerate, ca fundamentale, următoarele aspecte : relația de înrudire între totem și comunitatea umană respectivă (totemul fiind considerat ca strămoș al tribului, clanului etc.) și, implicit, relațiile de înrudire între indivizii cu același totem, care, după FRAZER, sînt mai puternice decît legăturile de sînge (este presupusă, în acest sens, o ignorare a paternității fiziologice, a rolului pe care tatăl îl are în concepțiune, zămislitorul uman fiind substituit cu duhurile mai apropiate de forțele naturii) ; relația dintre totem și organizarea în clanuri a comunităților umane primitive ; atribuirea de nume sau embleme animale sau vegetale clanurilor, determinată de credința înrudirii dintre clan și totem ; respectul comunității (și individului) față de totem, interdicția de a ucide sau a consuma (mînca) animalul totemic sau anumite părți ale lui ; instituirea normativă a exogamiei în relațiile sexuale și matrimoniale (membrii aceluiași totem nu trebuie să aibă între ei relații sexuale), implicînd interdicția incestului (împiedicarea cu orice preț a relațiilor sexuale între consanguini).

Teama de incest este o manifestare esențial infantilă, care persistă însă și în nevroză. La omul modern, aceste dorințe sînt puternic refulate ; la primitivi ele amenință să se manifeste frecvent, de aceea primitivii se apără împotriva lor prin măsuri riguroase.

Mulți etnologi au infirmat însă suprapunerea caracteristicilor menționate mai sus în cadrul aceluiași fenomen, în sistemul de credințe și practici ale diferitelor triburi primitive (Golden WEISER, Gladys REICHARD). Ele nu coincid decît în cazuri izolate, fiecare dintre ele putînd exista independent în raport cu celelalte. De aceea, „pretinsul totemism“ se sustrage oricărei strădanii de definire la modul absolut (Cl. LÉVI-STRAUSS).

S. REINACH a descris totemismul prin următoarele aspecte : animalele totem nu trebuie ucise, nici mîncate ; descendenții lor umani le îngrijesc și le cruță ; dacă un astfel de animal moare prin accident, el devine obiect de doliu și este înmormîntat precum un membru de onoare al tribului ; interdicția alimentară vizează anumite părți din corpul animalului ; în cazul în care există o necesitate de a ucide acest animal, cei din tribul respectiv încearcă să atenueze prin tot felul de artificii violarea tabu-ului (uciderea animalului totem fiind considerată crimă) ; în cazul sacrificării rituale a animalului, el este plîns în mod solemn ; la anumite populații care cultivă totemul, pielea animalului-totem sacrificat este folosită ca vestimentație ; triburile sau indivizii iau frecvent numele animalelor-totem, imagini ale animalelor-totem fiind folosite ca embleme pe arme sau pe corp (tatuaj) ; dacă totemul este un animal periculos, se crede că îi cruță și îi protejează pe membrii tribului care îi poartă numele ; animalul-totem este investit cu puteri oraculare, el anunță viitorul celor care îi sînt fideli și apropiați. Membrii tribului se simt (și cred că sînt) legați de totemul lor printr-o origine comună.

FRAZER definește totemul ca pe un obiect material pe care primitivul îl respectă în mod superstițios, deoarece el consideră că relația dintre sine și acest obiect este strînsă, profundă și reciprocă (de protecție din partea totemului și de respectat din partea omului). Există totem tribal și totem individual. Interdicția de a ucide totemul vine din credința înrudirii originare a omului cu totemul ; încălcarea acestei prohibiții atrage după sine maladiile și moartea, ca forme de punițiune. Sub aspect religios, totemul semnifică uniunea primitivă, mistică a omului cu animalul-strămoș (formă de participare arhaică, proiectivă, dualistă la univers). Sub aspect social, totemul impune un sistem de interdicții în care esențială este legea exogamiei.

După SPENCER și GILLEN totemul ar reprezenta un obiect de refugiu pentru sufletul amenințat de pericol ; odată încredințat totemului său, individul devine invulnerabil față de pericole, apărarea fiindu-i asigurată prin totem. Psihanaliza și totemismul subliniază analogia marcată existentă între atitudinea copilului și atitudinea primitivului față de animale. Copilul se simte egal cu animalul apropiat de el datorită faptului că dorințele sale (spontane și necenzurate) sînt asemănătoare, în intensitatea și orienatarea lor spre satisfacție imediată, cu cele ale animalului. Teama față de animale (de altfel simpatizate), care apare în anumite cazuri la copii, este un substitut, un transfer al fricii față de tată (ambivalența pentru tată → COMPLEXUL OEDIP — se rezolvă prin deplasarea sentimentelor de ostilitate și de teamă asupra unui substitut patern).

În zoofobiile apărute la copii se recunosc unele trăsături ale totemismului : identificarea cu animalul totemic și atitudinea ambivalentă față de el ; dacă animalul totemic reprezintă tatăl, atunci cele două interdicții esențiale impuse de totemism (de a nu ucide animalul-totem și de a nu întreține relații sexuale cu femeile din același totem) revin la cele două aspecte ale complexului Oedip : uciderea tatălui și căsătoria cu mama (cele două dorințe primitive ale copilului).

Așadar, totemismul își află originea în complexul Oedip. Sacrificiul totemic (foarte rar și în mod normal prohibit) și prînzul sacrificial săvîrșit de comunitate („prima sărbătoare a umanității“ — FREUD) reprezintă actul originar pe care se întemeiază ulterior organizarea socială, cu restricţiile ei morale şi religioase : fiii descendenţi (şi fraţii) sînt animaţi de sentimente contradictorii faţă de tată (complexul patern), ei îl urăsc (pentru că tatăl se opune trebuinţei lor de putere şi mai ales dorinţei lor sexuale), dar în acelaşi timp îl iubesc şi îl admiră ; după uciderea (înlăturarea) tatălui, ei sînt liberi să-l iubească. Acest act primordial de ucidere generează sentimentul culpabilităţii, care la rîndul ei generează cele două tabu-uri totemice (corespunzătoare reprimării dorinţelor principale din complexul Oedip). Pe tabu-urile totemice se fundamentează morala ; pe sentimentul culpabilităţii se formează religia. „Societatea se bazează deci pe o greşeală comună, pe o criză comună ; religia se bazează pe culpabilitate şi pe căinţă; morala se bazează, pe de o parte, pe necesităţile acestei societăţi, iar pe de altă parte, pe trebuinţa de expiaţiune, cu origine în culpabilitate" (FREUD).

402. **TOULOUSE Edouard** (1865—1947) ● Psihiatru francez. A studiat medicina la Marsilia şi Paris, susţinînd, în 1891 teza cu tema „La mélancolie sénile chez la femme". Activitatea prodigioasă desfăşurată după aceasta a dat Franţei instituţii noi şi i-a conferit paternitatea unor idei care au ajutat psihiatria mondială să facă primii paşi spre o asistenţă psihiatrică modernă. A înfiinţat Laboratorul de psihologie experimentală (1897), actualul Institut de psihiatrie şi profilaxie mintală, al cărui prim director a fost. A propus în 1900 înfiinţarea unui serviciu de psihiatrie în care „bolnavul să poată fi spitalizat fără a fi internat" ; după 20 de ani de luptă a reuşit (6 iulie 1921) realizarea „serviciului deschis pentru tratarea bolnavilor psihici", în care pe lîngă clasicul pat apare dispensarul şi dispensarizarea, profilaxia, vizita activă, şi astfel ia naştere „Serviciul departamental de profilaxie mintală" actualul Institut Henri Rousselle.

În ultimul an al activităţii sale (1936), în calitate de consilier al Ministerului Sănătăţii, a propus schimbarea numelui de „azil" cu cel de „spital de psihiatrie" — element aparent minor, dar important într-o epocă neîncheiată încă, în care mai exista tendinţa de transformare a spitalelor în azile.

Este autor al cîtorva lucrări importante, printre care : „Le cerveau" (1901), „Les Encéphalites psychosiques" (1935), scrisă în colaborare cu asistentul său L. MARCHAND, „Technique de psycholgie expérimentale" scrisă împreună cu VASCHIDE şi PIÈRON.

Edouard Toulouse

403. **TOURAINE(8) sindrom** — sin. LENTIGINOZĂ CENTROFACIALĂ NEURODISTROFICĂ ● Sindrom cu etiopatogenie încă nu deplin lămurită, rar întîlnit în practica medicală. Are caracter eredo-familial şi apare cu frecvenţă maximă la vîrsta copilului mic. Descris în anul 1941 de TOURAINE, se caracterizează prin lentiginoză, tulburări neuropsihice şi malformaţii osoase diverse.

Localizată la nivelul feţei, lentiginoza se manifestă prin pigmentaţia intensă a buzelor, a nasului, a mucoaselor jugale şi a pometţilor (mai intens perioral) ; faţa pare cernută cu o mulţime de pete melanice. Mai rar, pigmentaţia se poate localiza pe conjunctiva palpebrală, pe gît, pe urechi, periombilical şi în regiunea anorectală ; excepţional, poate afecta şi conjunctiva bulbară, irisul sau chiar fundul de ochi. Pigmentaţia manifestă cu timpul tendinţa spre decolorare.

Tulburările neuropshice constau în epilepsie, hemipareză şi oligofrenie. Dintre anomaliile osoase, cele mai frecvente sînt : bolta palatină ogivală, deformaţii ale coloanei vertebrale, torace înfundat, absenţa apendicelui xifoid etc.

Originea tulburărilor pigmentare ar putea consta într-o alterare enzimatică care perturbă reacţiile complexe şi care începe de la tiroxină pentru a ajunge la melanină.

Evoluţia şi prognosticul sînt rezervate, datorită tulburărilor neuropsihice şi posibilelor complicaţii. Nu există tratament etiologic.

404. **TOXI-/TOXICO-** (cf. gr. *toxikon* „otravă") ● Element de compunere care introduce semnificația de toxic, otrăvitor, dăunător.

405. **TOXIC** (cf. gr. *toxikon*) — sin. OTRAVĂ ● Substanță cu efect nociv care, introdusă în organism (voluntar sau involuntar), într-o anumită cantitate, perturbă în mod grav funcțiile vitale ale acestuia, fie prin acțiunea asupra centrilor nervoși reglatori, fie prin acțiunea distructivă directă asupra țesuturilor, determinînd o stare de boală — intoxicație, care poate fi fatală (→INTOXICAȚIE).

Caracterul toxic al unor substanțe este cunoscut din vechime de către majoritatea civilizațiilor (otrăvurile din anumite ciuperci, veninul șerpilor, extractele de mac și Peyotl, alcoolul etc.) ; astfel de substanțe încep să fie studiate însă mai temeinic odată cu dezvoltarea sintezelor chimice : hașișul (Moreau de TOURS, 1945), opiul (DUPOUY, 1912), cocaina (MAYER, 1928), cloralul (CLÉRAMBAULT, 1909), atebrina (FAVRE, 1949), peyotl și mescalina (ROUYER, 1927 ; BERINGER, 1927 ; ALLAIX, 1935), ergotamina din secară cornută și diamina acidului lisergic (LSD) — STOLL, 1927 ; DELAY și BENDA, 1958 etc.

Acționînd asupra sistemului nervos central prin mecanisme specifice sau nespecifice (POROT), toxicele determină tulburări psihice de intensitate și gravitate variabilă, în funcție de produsul respectiv și de terenul subiectului. Mecanismele specifice implică fie interrelația substanței cu un sistem neuronal particular, fie eliberarea mediatorului chimic al sistemului, fie acțiune agonistă sau antagonistă la nivelul receptorilor. Anticolinergicele centrale (atropină, antiparkinsoniene de sinteză) blochează receptorii colinergici muscarinici cerebrali, anticolinesterazicele inhibînd metabolismul acetilcolinei prin acumularea acesteia la nivelul receptorilor colinergici ; IMAO acționează prin creșterea concentrațiilor cerebrale de catecolamină și serotonină.

Medicamentele de tip levodopa, bromcriptină sau amfetamină stimulează direct sau indirect receptorii dopaminergici cerebrali, în timp ce neurolepticele îi blochează. LSD are proprietatea de a acționa simultan asupra sistemelor neuronale serotoninergice și catecolaminergice.

Mecanismele nespecifice prin care substanțele toxice acționează asupra SNC sînt reprezentate de modificarea excitabilității neuronale la nivelul diferitelor structuri ale acestuia, facilitată de liposolubilitatea pe care o reprezintă majoritatea toxicelor volatile (solvenți, anestezice generale). Diminuarea funcției sistemelor neuronale inhibitorii ar putea fi una din explicațiile efectului de stimulare în faza inițială a intoxicației. Fenomenele de hipoxie, anoxie cerebrală, ischemie, dezechilibru ionic sau metabolic pot fi la fel de bine incriminate în unele intoxicații, inclusiv cele cu substanțe psihotrope.

Clasificarea substanțelor toxice generatoare de tulburări psihotice, al căror prototip este sindromul confuzional (→TOXICE — psihoze), ar putea fi următoarea (după H. EY, modificat) :

- toxice generatoare de toxicomanie — alcool, derivați de opiu (hașiș, marihuana, heroină), halucinogene (LSD 25, mescalină, psilocibină), cocaină, eter ;
- toxice alimentare — ciuperci (amanita muscarina), alcaloizi de ergotamină ;
- toxice medicamentoase — barbiturice, solanacee (atropină, hiosciamină, salicilați), antimalarice, săruri de aur, streptomicină, kanamicină, cortizon, hormon adenocorticotrop (ACTH), izoniazidă, cloramfenicol, cicloserină, hemineurină, L-dopa, tranchilizante, amfetanime, anorexigene ;
- toxice profesionale sau accidentale — monoxidul de carbon, plumbul, mercurul și compușii lor, arsenicul, benzolul, clorura și bromura de metil (din extinctoarele de incendiu), tetraclorura de carbon, tetracloretanul, sulfura de carbon (în industria mătăsii artificiale, a cauciucului, a rășinilor), insecticidele organofosforice.

406. **TOXIC DE ALERTĂ** 8) **sindrom** ● Fază prodromală a sindromului neuroleptic malign, constînd în : tulburări de vigilitate, deteriorarea stării generale, exagerarea semnelor de impregnare neuroleptică (așa-numitul „bolnav manechin"), alterări difuze ale EEG. Apariția febrei este momentul în care trecerea către sindromul neuroleptic malign se poate face în cîteva ore, în absența unor măsuri energice.

407. **TOXICE — psihoze** ● Tulburări de intensitate psihotică, antrenînd de cele mai multe ori modificarea stării de conștiință, de tipul delirului acut și subacut (delir, halucinații), agitație, crize convulsive, stupoare sau comă apărute ca urmare a acțiunii unei substanțe toxice (→TOXIC).

Elementul clinic central este reprezentat de sindromul confuzional (RÉGIS, EY, POROT), în care sînt implicate deseori aspecte onirice. Alți autori descriu, pe lîngă tabloul confuzo-oniric, tulburări în sfera afectiv-comportamentală (pseudoeuforie, cu agitație și agresivitate, anxietate și tristețe pe fondul unei hipoactivități ideomotorii în care raptusul suicidar nu este exclus), episoade psihotice acute (bufee delirante), în tabloul cărora apar într-un mod variabil fenomene de derealizare-depersonalizare, halucinații vizuale, automatism mintal, idei de persecuție, de posesiune, misionarism etc.

Unele toxice (alcool, cocaină, amfetamină, cortizon, cicloserină, hașiș) produc, în faza de debut a intoxicației (beția acută), un tablou clinic care sugerează episodul maniacal.

Prodromul acestor stări poate fi constituit din tulburări psihice minore care pot determina erori în formularea unui diagnostic etiologic corect : cefalee, amețeli, astenie fizică și psihică, scăderea libidoului și a randamentului general, tulburări de memorie, dificultăți de relaționare socială, tulburări de somn (inversarea ritmului somn-veghe, coșmaruri).

408. **TOXICOFOBIE/TOXOFOBIE/TOXIFOBIE**⁽ᶠ⁾ (cf. *toxico-* ; gr. *phobos* „frică") ● Teamă patologică de substanțe otrăvitoare, care are caracterul unei fobii atunci cînd apare nejustificat și nemotivat (psihastenie, hipocondrie, nevroze obsesivo-fobice) sau capătă o motivație delirantă în delirul de otrăvire al deliranților cronici.

409. **TOXICOFRENIE** (cf. *toxico-* ; gr. *phren* „spirit") ● Termen mai vechi, avînd astăzi o circulație redusă, folosit pentru a desemna tabloul clinic al unei schizofrenii la care se asociază un delir acut de origine toxică (alcool, supradozare de psihotrope etc.).

410. **TOXICOMANIE** (cf. *toxico-* ; gr. *mania* „nebunie") ● Considerată a fi una dintre principalele probleme medicale, dar și sociale, toxicomania reprezintă o farmacodependență (OMS), concretizată într-o anumită stare psihofizică rezultată din consumul repetat și pe o perioadă variabilă a unei substanțe toxice cu care un individ a venit în contact, inițial fie accidental, fie în scop analgetic, fie voluntar, în dorința găsirii unui refugiu în fața problemelor existențiale. Acest consum antrenează apariția unei necesități tiranice, care conduce la dependență și toleranță și care atrage inevitabil apariția unei simptomatologii de sevraj la întreruperea drogului.

Toxicomania este o stare de intoxicație cronică. În 1965, Comitetul de Experți ai OMS au propus înlocuirea termenului de toxicomanie prin cel de „dependență față de drog", pentru a sugera astfel caracteristica stării psihice, fizice sau psihofizice rezultată în urma absorbției continue sau repetată periodic a unuia sau mai multor droguri.

Substanțele cu potențial toxicomanogen determină, în urma consumării lor, apariția unei adaptări a organismului la drog, adaptare tradusă prin toleranță (creșterea dozei pentru obținerea aceluiași efect) și printr-o stare de necesitate imperioasă de a consuma drogul. Întreruperea bruscă a acestui consum determină apariția unei simptomatologii psihofizice grave — starea de sevraj. Toxicomania are multiple repercusiuni nu numai asupra statutului psihofizic al individului, ci și asupra statutului său social.

POROT distinge două clase de toxicomanii :

- **Toxicomanii majore :**
  - — opiomania (opiul și derivații săi) ;
  - — canabismul (Cannabis și preparatele sale);
  - — cocainomania ;
  - — alcoolismul ;
  - — LSD-ul ;
- **Toxicomanii minore :**
  - — teismul și cafeismul ;
  - — tabagismul ;
  - — eteromania ;
  - — unele toxicomanii medicamentoase (barbiturice, cloral).

LEWIN a propus următoarea încadrare a substanțelor cu potențial toxicomanogen :

- grupa euforică : opiul și alcaloizii săi, cocaina ;

- grupa inebriantia : alcoolul și eterul ;
- grupa fantastica : hașiș și mescalină ;
- grupa excitantia : cafeina, tabacul.

Această clasificare, deși sugestivă, nu este totuși foarte riguroasă, întrucît anumite droguri pot produce în diverse faze ale acțiunii lor efecte diferite : euforice, excitante etc. Mai recent, există tendința de a clasifica toxicomania în :

- toxicomania cu droguri „dure" (opiacee, cocaina) ;
- toxicomania cu droguri „ușoare" (cannabis, halucinogene).

Distincția este însă extrem de arbitrară, întrucît, pe de o parte, drogurile „ușoare" sînt „poarta de acces a drogurilor dure", iar pe de altă parte, prin efectele dezastruoase pe care le are, orice drog este în fond „dur".

În pofida multiplelor măsuri luate pentru a stăvili avalanșa drogurilor, acestea nu încetează a-și lărgi gama, prin asociații ca : metaqualona + alcool ; barbiturice + benzodiazepine etc.

Istoria toxicomaniei este aproape la fel de veche ca și istoria omenirii, date despre folosirea drogurilor fiind furnizate de mituri, legende, opere „științifice". Astfel, legendele amintesc „elixirul" pe care Elena i l-a dat lui Menelau pentru ca acesta să-și uite necazurile, despre băutura miraculoasă de care, după cucerirea perșilor (de la care a aflat-o), Alexandru Macedon nu se putea dispensa, despre extractul din frunzele arbustului de coca folosit de incași în cursul ceremoniilor, despre muscarină, despre hașișul folosit de un mare potentat pentru a face din servii săi asasini. Enumerarea ar putea continua pînă în secolul al XIX-lea, cînd apare o modă a consumului de opiu și hașiș, ale căror efecte „miraculoase" sînt propagate prin intermediul operelor unor mari artiști de talia lui Th. GAUTHIER, Ch. BAUDELAIRE etc., care au creat asociații (cluburi) unde pătrundeau numai adepți ai consumului de droguri.

Primul care trage semnalul de alarmă asupra consumului de droguri este Moreau de TOURS, care publică o lucrare despre efectele dăunătoare ale consumului de hașiș. Lucrarea sa a reprezentat o premieră absolută, mai ales în contextul în care erau reactualizate lucrările lui HIPOCRATE, GALEN, TEOFRAST, despre efectele antalgice ale opiului. La sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea, toxicomania își începe „marșul triumfal", prin extinderea deosebită a morfinomaniei, cocainomaniei, eteromaniei, heroinomaniei, căpătînd rapid aspectul unui flagel internațional, împotriva căruia se unesc eforturile medicilor, psihologilor, sociologilor și politicienilor. Ultimele decenii înregistrează, cu toate eforturile depuse, apariția nu numai a politoxicomaniei cu droguri propriu-zise, ci și o creștere a fenomenului de farmacodependență medicamentoasă gravă la tranchilizante și hipnotice, procurarea acestora fiind mult mai ușoară decît a drogurilor tradiționale. OMS a publicat în 1969 o listă de 98 de substanțe stupefiante. SIEGEL a comunicat 25 de plante care pot fi utilizate ca droguri în țigări, capsule, infuzii.

În lumea contemporană, toxicomania este întîlnită mai ales la grupele de vîrstă tînără în rîndurile tuturor mediilor sociale, dar mai ales în rîndul populației fără o situație socio-economică stabilă. Se apreciază că în SUA consumul de droguri (frecvent asociat cu alcool și tutun) se întîlnește la aproximativ 16% din populație, mai frecvent la bărbați decît la femei. La întrebarea cum poate ajunge cineva toxicoman, BALL răspunde : „în toxicomanie se intră fie prin poarta durerii, fie prin cea a voluptății, fie prin cea a tristeții", rezumînd astfel principalele cauze ale toxicomaniei. POROT distinge, în funcție de etiopatogenie, trei feluri de toxicomanii :

- Toxicomania justificată cuprinde acele cazuri disperate în care medicina nu mai poate face altceva decît să diminueze durerea. În aceste situații, deși folosirea continuă a analgeticului (opiaceu) determină apariția toleranței și dependeței, nu poate fi refuzată suferindului, constituind singura alinare de care mai poate beneficia.

- Toxicomania prin perseverare apare la subiecții care au beneficiat în scop analgetic (colică nefritică, biliară) de opiaceu și cărora li s-a imprimat în memorie atît intensitatea durerii cît și efectul benefic, liniștitor, euforizant al drogului. Aceste două întipăriri vor conduce la solicitarea drogului chiar în afara crizei, fie de teamă ca aceasta să nu reapară, fie pentru a retrăi starea de bine creată după administrarea drogului.

- Toxicomaniile primitive se referă la toxicomania propriu-zisă, devenită de o gravitate deosebită prin amploarea pe care a luat-o în ultimii ani. În etiologia ei sînt incriminați mai mulți factori, care nu pot fi considerați separat, ci numai în interrelația lor. Primul dintre factorii incriminați este structura personalității, vorbindu-se chiar despre un temperament toxicomanic, la care „predispoziția este aproape totul, iar ocazia aproape nimic". Această predispoziție ar consta, după GUI-

RAUD, într-o timie penibilă, continuă sau pasageră, care generează necesitatea de euforizare ; după GELMAN, statusul depresiv sau psihasten favorizează apariţia necesităţii faţă de drog, această necesitate fiind însă mai caracteristică stărilor nevrotice sau psihotice. Defectele constituţionale incriminate sînt cele referitoare la inadaptarea socială, cu găsirea unui refugiu într-o stare de visare, reprezentind o adevărată „invaliditate" morală. La acest tip structural, într-un moment al vieţii este foarte posibil să apară o situaţie dificilă, greu de depăşit, provocatoare de mari suferinţe (eşec sentimental, doliu, insucces profesional etc.), situaţie din care, pentru a ieşi, subiectul simte nevoia unui tonic, unui euforizant, unei modalităţi prin care să se detaşeze de situaţia pe care nu o poate rezolva. Acest moment poate fi cel al primului contact cu drogul, contact care, odată stabilit, va deveni în majoritatea cazurilor o permanenţă. Alteori, primul contact cu drogul se poate produce dintr-o curiozitate, nevoia de a încerca „senzaţii tari", din bravadă, din spirit de imitaţie — mai ales la adolescenţi. Toxicomania poate începe şi din pur snobism. Aceste ultime situaţii sînt de fapt cele mai frecvente „capcane" în care cad tinerii, mai ales atunci cînd traficanţii de droguri duc o campanie de prozelitism extrem de bine pusă la punct. Pervertirea adolescenţilor este, după POROT, un echivalent al snobismului (citîndu-l pe LEARY, „marele preot" al LSD-ului 25). Mijloacele de pervertire sînt de o diversitate extremă, începînd cu amestecarea drogului în îngheţata care se vinde la porţile şcolilor şi terminînd cu constituirea unor comunităţi de toxicomani.

Toxicomania poate fi privită şi ca un mijloc „pasiv" (în realitate, agresiv pentru individ şi societate) de a protesta împotriva realităţii, Acest mod protestatar apare însă la anumite personalităţi slabe, dizarmonice, inadaptate, pentru care constituie în fond o sinucidere inconştientă. OLIEVENSTEIN afirmă că cel puţin în Europa şi mai ales în Franţa, toxicomania apre în special la personalităţile pervertite, în cazul decompensărilor psihotice sau prepsihotice, fie ca fenomen individual, fie, mai frecvent, ca fenomen de grup. Toate aceste consideraţii trebuie interpretate însă cu o anumită rezervă : studiile au fost efectuate pe subiecţi deja toxicomani, la care era dificil de a discerne între deviaţia psihică consecutivă consumării drogului şi deviaţia constituţională. Se poate lua în discuţie, mai ales în cazul alcoolismului, o sensibilitate ereditară (mulţi alcoolici provenind din familii de alcoolici), dar mai mult decît aceasta este certă o contagiune intrafamilială a aceloraşi obiceiuri. Există o afinitate specifică a individului faţă de un anume drog. De cele mai multe ori, drogul la care va apela un individ va fi cel pe care îl poate procura mai uşor, dar intervine şi concepţia transculturală, structurală a grupului etnic din care acesta face parte. Astfel, la chinezi, tendinţa spre detaşare, izolare determină preferinţa pentru opiu ; unii orientali, mai mult înclinaţi spre reverie, vor prefera haşişul ; occidentalii vor prefera drogurile tonice, alcoolul. Aceste preferinţe reprezintă în prezent simple consideraţii teoretice, pentru că lumea drogurilor nu mai are graniţe şi nu mai respectă diviziunea etnică geografică.

Tulburările psihice pe care toxicomania le provoacă sînt deosebit de complexe şi de grave. La sfîrşitul secolului trecut şi începutul secolului nostru, se crease legenda că drogurile determină o creştere a potenţialului creativ-imaginativ, dată fiind „moda" intelectualilor de elită de a consuma droguri, precum şi exemplul unor artişti de talia lui BAUDELAIRE, GAUTHIER.

Există posibilitatea ca un drog să determine, pentru o scurtă perioadă de timp, o realizare extremă a potenţialului imaginativ al unui individ (opiul, haşişul, cocaina, alcoolul), dar după această scurtă perioadă epuizantă, individul va recădea în sterilitatea mediocrităţii sale. El nu va cunoaşte adevărata creaţie, ci numai iluzia acestei creaţii.

În 1973, DENIKER şi colaboratorii au descris sindromul deficitar al toxicomanilor, constînd dintr-o acumulare de deficit al activităţii, deficit al funcţiilor intelectuale, deficit afectiv, conducînd în final la o sărăcire a întregului psihism, care se adaugă stării de decădere fizică. Deficitul activităţii, apărut mai devreme şi mai pregnant în opiomanie, se concretizează într-o inerţie din care individul nu iese decît pentru a-şi procura drogul ; deficitul intelectual se manifestă printr-o încetinire, lentoare şi dificultate de desfăşurare a funcţiilor cognitive putînd ajunge la starea de hebetudine ; deficitul în sfera afectivă determină dezinserția socială și familială a individului, aderarea lui la grupuri marginale, favorizînd apariția unor stări asemănătoare atimhormiei, dar și a depresiei grave, mai ales dacă apare sevrajul.

Opiaceele determină rapid și constant apariția sindromului deficitar ; barbituricele, mai ales secobarbitalul determină rapid apariția unor dismnezii durabile ; halucinogenele determină apariția unor sindroame psihotice delirante prelungite, evoluînd uneori spre un tablou schizofreniform ; cannabisul determină instalarea sindromului de absență motivațională ; amfetaminele declanșează apariția reacțiilor delirante paranoide ; aproape toate drogurile pot conduce la instalarea unor stări confuzionale, comă, atunci cînd sînt luate în cantități mari.

DENIKER consideră că personalitatea toxicomanului este „ab initio“ structurată deviant, comportînd o potențialitate psihotică importantă, drogul fiind numai factorul favorizant al decompensărilor acestor personalități. Răspîndirea actuală a toxicomaniei pune însă sub semnul întrebării ipoteza că în toate cazurile este vorba de personalități dizarmonic structurate.

Majoritatea specialiștilor au ajuns la concluzia că toxicomanii pot fi încadrați în patru grupe :

- psihotici, prepsihotici, parapsihotici ;
- psihopați, dezechilibați psihic, nevrotici (nevroza de caracter) ;
- imaturi ;
- aderarea la un grup care exercită presiuni, prozelitism, aderarea la o modă.

Oricum ar fi, din „micul“ dizarmonic care a consumat prima dată drogul, se dezvoltă rapid marele dizarmonic, sclav al drogului, mergînd inevitabil pe panta degradării morale. În prima fază, aparențele sociale (profesionale, familiale) pot fi susținute grație automatismelor create de-a lungul anilor, atît timp cît procurarea drogului nu este perturbată. Acest lucru este posibil mai ales la subiecții care au avut o activitate ordonată. La cei cu un mod de viață neregulat (artiști, liberi profesioniști), perturbările create de drog apar mult mai precoce.

În scurt timp însă, dependența psihică și fizică, toleranța, care înseamnă nevoia de o cantitate mai mare de drog, determină dezinserția totală a individului, distrugerea statutului său social, decăderea morală, singurul lucru pentru care toxicomanul luptă prin orice mijloace (chiar prostituție, crimă sau alte delicte) fiind obținerea drogului. De multe ori „salvarea“ acestuia se produce cu ocazia unui incident cu implicații medico-legale, în urma căruia individul este supus dezintoxicării. Dacă aceasta nu se face, și nici un toxicoman nu o solicită, sfîrșitul său va fi în mizerie fiziologică prin denutriție, inaniție, avitaminoză, prin colaps cardiac sau o infecție intercurentă. În majoritatea țărilor, mai ales cele aparținînd lumii occidentale, există legi care interzic traficul și consumul de droguri. Există organisme internaționale de luptă împotriva drogului, sînt mobilizate forțe impresionante pentru a putea stăvili acest flagel. Această rețea, deși eficientă uneori, se izbește însă de organizațiile internaționale, cel puțin la fel de puternice și de bine organizate, ale traficanților pentru care comerțul cu droguri constituie o sursă de venituri fabuloasă.

411. **TOXICOMANIE CHIRURGICALĂ MENNINGER** — sin. SINDROMUL POLIOPERAȚIILOR $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MANIA | CHIRURGICALĂ CHERTOK.

412. **TOXOPLASMOZĂ** (cf. gr. *toxon* „arc“ ; *plasma* „figură“) ● Boală parazitară, congenitală sau dobîndită, produsă de un protozoar unicelular de formă semilunară sau rotundă (Toxoplasma Gondii), descoperit de NICOLLE și MANCIAUX, în 1908. Infestarea gravidei s-ar produce prin consumul de carne infestată sau prin contactul cu animale bolnave. Transmiterea se face prin infestarea placentei și invadarea produsului de concepție pe cale hematogenă sau prin migrație din aproape în aproape. După THALAMMER și OCKLITZ, manifestările clinice depind de perioada intrauterină în care a fost lezat produsul de concepție : avort spontan sau malformații, dacă infestarea s-a produs în perioada organogenezei (primele 2—3 luni de gestație) ; fetopatie toxoplasmatică, atunci cînd infestarea se produce în ultimele două trimestre de sarcină, care se poate manifesta fie sub forma unei fetopatii acute generalizate, fie sub forma unei encefalite acute sau sechele postencefalitice.

Tabloul postnatal al toxoplasmozei congenitale se caracterizează prin tetrada simptomatologică (patognomonică) descrisă de SABIN și FELDMANN : hidrocefalie, corioretinită, calcificări intracerebrale și tulburări neurologice. Sînt frecvente însă și formele oligosimptomatice. Clinic, sînt descrise trei forme :

- embriopatia toxoplasmică cu malformații (microcefalie, microftalmie, cataractă) și retardare psihică ; este rar întîlnită ;

- meningoencefalită acută (hidrocefalie progresivă, contracturi musculare, semnul Argyll-Robertson, strabism, nistagmus și leziuni inflamator-degenerative retiniene); în formele grave se adaugă hepatosplenomegalie cu icter, hemoragii, anemie, pneumopatii, enterite, miocardită și leziuni cutanate ; decesul se produce în cîteva săptămîni ;
- forma prelungită (subacută sau cronică) la sugarul mare sau copilul mic (obnubilare, somnolență, tulburări vasomotorii și de termoreglare, corioretinită pigmentară, hidrocefalie, spasticitate, calcificări intracerebrale, epilepsie, oligofrenie).

Toxoplasmoza dobîndită se manifestă, de obicei, prin meningoencefalită acută (hiperpirexie, stare generală alterată, sindrom meningeal, convulsii, comă) cu evoluție gravă. Se descriu totuși cazuri de vindecări spontane, cu sau fără sechele (în special tulburări de comportament).

Diagnosticul de certitudine al toxoplasmozei este asigurat de evidențierea directă a agentului patogen în lichidul cefalorahidian sau prin inocularea intracerebrală la șoarece. Constatarea semnelor de corioretinită, a calcificărilor intracerebrale (1/3 din cazuri) și pozitivarea reacțiilor serologice (testul Sabin-Feldmann, modificat de DESMONTS ; reacția de fixare a complementului Westphal ; reacția de imuno-fluorescență ; evidențierea anticorpilor specifici de tip IgM — testul Remington ; reacția de aglutinare directă) la mamă și copil permit stabilirea diagnosticului. Deși anomaliile bioelectrice nu au nici o specificitate, MONNIER și BAMATTER au descris în embriopatii un sindrom bioelectric caracterizat prin dezorganizarea ritmului alfa, asimetrie interemisferică, disritmie difuză, cu abundență a ritmului delta și persistența de unde ascuțite în regiunile parieto-occipitale. Alături de encefalogramă, penumoencefalografia permite efectuarea unui bilanț al leziunilor neurologice.

Prognosticul toxoplasmozei este sever. Formele acute sînt letale, iar cele subacute și cronice duc fie la deces, datorită unor infecții intercurente repetate, sau constituie, prin oligofrenie și epilepsie (eventual retinită), un handicap grav și irecuperabil.

Tratamentul eficient al toxoplasmozei congenitale este cel profilactic : evitarea contactului și consumului de carne de la animale necontrolate ; curativ, se utilizează antibiotice (Rovamicin) sau sulfamide (Adiazin, Biseptol) asociate cu un antiparazitar (Primetamină) și, eventual, cu corticoterapie. La femeia gravidă singurul tratament posibil este cel cu Rovamicină.

413. **TRAC** (cf. fr. *trac*) ● Stare de anxietate tranzitorie, declanșată, de cele mai multe ori, de un anumit context social. Poate fi considerată și ca o formă de anxietate socială. Tracul este declanșat de o mare varietate de factori și situații : examenele, vorbirea în public, întîlnirea unor persoane sau confruntarea cu situații necunoscute sau cunoscute dar care, în anumite momente, dobîndesc semnificații deosebite, întreceri sportive etc. Tracul poate să apară atît în timpul confruntării dintre individ și situație, cît și înaintea acestei confruntări, ca anxietate de anticipare. Formele de manifestare, în funcție de individ, pot implica aspecte cognitive, somatice sau comportamentale. Evaluarea tracului se face prin chestionare sau liste de control, întocmite de obicei pentru situații specifice. O listă de control pentru aprecierea tracului în situația în care individul trebuie să vorbească în fața unui grup de persoane implică, de exemplu, următoarele afirmații :

- îmi tremură vocea ;
- simt cum roșesc ;
- îmi tremură mîinile și/sau picioarele ;
- am o senzație de slăbiciune ;
- ceva nu e în regulă cu respirația ;
- repet fără să vreau unele cuvinte ;
- transpir ;
- simt un nod în gît ;
- inima îmi bate puternic ;
- înainte de a vorbi, simt nevoia să tușesc ;
- în momentul cînd trebuie să vorbesc, am impresia că nu mai știu ce să spun ;
- cînd se apropie momentul să vorbesc, aș renunța bucuros.

Fiecare dintre cele 12 afirmații este evaluată, în funcție de intensitate, pe o scară de la zero la cinci. Atunci cînd intensitatea tracului nu este prea mare, el poate fi autocontrolat, astfel încît să nu afecteze performanța ; de multe ori însă el este atît de puternic încît împiedică desfășurarea anumitor forme de activitate (jocul actorului pe scenă, activi-

tatea profesorului la clasă etc.). În asemenea cazuri, se impune instituirea unui tratament care să ducă fie la diminuarea tracului, fie la înlăturarea lui. Există o diversitate de metode şi tehnici psihoterapeutice, care pot fi aplicate cu succes în astfel de situaţii : relaxarea, antrenarea deprinderilor sociale, restructurarea cognitivă, desensibilizarea sistematică, condiţionarea imaginativă etc.

Formele moderate de trac pot fi abordate terapeutic folosindu-se următoarea tehnică de relaxare : subiectului i se recomandă să adopte o poziţie comodă, aşezat sau culcat, după care i se spune : „încearcă să rămîi liniştit, cît mai liniştit, timp de un minut sau două" ; după scurgerea acestui interval, se dau instrucţiunile : „acum inspiră adînc şi ţine aerul 10—15 secunde ; dă drumul aerului să iasă încet, cît mai încet şi simte cum în timp ce aerul iese din piept, întregul corp se relaxează, se calmează, devine mult mai liniştit decît înainte" ; după instalarea stării de relaxare (care poate fi obţinută şi prin alte procedee), pacientul este instruit să respire normal şi în timpul fiecărei expiraţii să pronunţe cuvîntul „calm". Terapeutul repetă cuvîntul împreună cu pacientul în timpul primelor două sau trei expiraţii, după care acesta continuă singur să asocieze expiraţia cu cuvîntul calm de 15—20 de ori. Urmează o pauză de 60 de secunde, după care începe o nouă serie de 15—20 de asocieri. Şedinţele psihoterapeutice pot fi programate o dată sau de două ori pe săptămînă, timp de 4—5 săptămîni. Între şedinţe, pacientul trebuie să practice zilnic acasă întregul ciclu.

La sfîrşitul acestei perioade de timp, pronunţarea cuvîntului „calm" va declanşa automat o stare de relaxare, imcompatibilă cu anxietatea specifică tracului. Pacientul va aplica această tehnică de relaxare condiţionată (WISE, RUSSELL, STRATONDAKIS, 1976) la situaţia stresantă pentru care a solicitat tratamentul.

414. **TRACTYLON$^{(M)}$** Finlanda — DCI *Clorprotixen* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantenă-$\Delta^{9,\gamma}$-propilamină, cu acţiune polivalentă (incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolitică) şi cu valenţe antidepresive. Are efecte secundare mai modeste faţă de alte tioxantene.

415. **TRADON$^{(M)}$** Germania — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă fără efecte simpaticomimetice, cu indicaţiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecţiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

416. **TRAGIC** (cf. lat. *tragicus*) ● Categorie a esteticii, aplicabilă acelor situaţii ce sfîrşesc la capătul unor tensiuni conflictuale de maximă intensitate, prin înfrîngerea sau pieirea unor personaje exemplare, cu aură eroică, al căror destin, cu valoare simbolică, se curmă datorită adversităţii implacabile a unor împrejurări, înnobilîndu-se prin chiar eşecul individual al personajelor, asumat de către acestea ca preţ sacrificial pentru salvarea şi triumful, pe plan ideal, al unor valori supra-individuale.

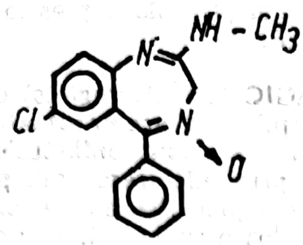
Condiţia tragicului este certitudinea unor idealuri absolute, a căror slujire pînă la capăt, înfruntînd orice risc, răscumpără şi dă sens chiar sacrificiului suprem al eroului ; valoarea exemplară a acestuia se instituie tocmai prin afirmarea idealului ca mai presus de contingenţa fiinţei individuale. Din acest motiv, în epocile şi culturile pătrunse de scepticism şi relativism axiologic, arta tragică îşi pierde condiţia de posibilitate, fiind lipsită de reperele unei idealităţi aflate mai presus de orice îndoială. Tragicul şi-a găsit expresia clasică în dramaturgia elină, ca înfruntare între aspiraţiile omului şi rezistenţa implacabilă a forţelor cosmice care i se opun, întruchipate în noţiunea de fatum. Descifrînd teoretic esenţa tragicului, ARISTOTEL arată că demnitatea în suferinţă a eroului stîrneşte compasiunea, mila şi solidaritatea spectatorului, izbăvit de groază prin detaşarea condiţiei sale de martor al unor suplicii de care este scutit ; prin acest amestec de sentimente, tragicul înfricoşează, dar şi înalţă sufletul, purificîndu-l într-o atitudine contemplativă, în care se dezvăluie fermitatea de neclintit a sensurilor existenţiale (katharsis).

Într-un sens mai strict, tragedia delimitează o specie a artei teatrale care a stat la baza teoriei estetice a tragicului. Condiţia istorică a naşterii dramaturgiei tragice a fost analizată de NIETZSCHE în „Originea tragediei".

417. **TRAINING ANALYSIS** (engl. *training* „pregătire) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANALIZĂ DIDACTICĂ.

418. **TRAINING AUTOGEN** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANTRENAMENT AUTOGEN.

419. **TRAKIPEARL$^{(M)}$** Japonia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxio-



litică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$

420. **TRAKSIN**$^{(M)}$ Turcia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic — sin. TRAKIPEARL$^{(M)}$ Japonia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON$^{(M)}$ România.

421. **TRANCHILIZANTE** (cf. lat. *tranquillus* „liniştit, calm") ● Grup eterogen din punct de vedere chimic, conţinînd substanţe ce au ca acţiune comună anxioliza, scăderea tensiunii emoţionale şi a expresiei ei somatice, miorelaxare (DENIKER şi LÔO, 1978). DENIKER şi DELAY încadrează acest grup în clasa psiholepticelor, deosebindu-le însă de celelalte două componente ale acestei clase (NL şi hipnoticele), prin acţiunea lor nespecifică de sedare şi ineficacitatea asupra simptomatologiei psihotice. Denumirile de „tranchilizante minore" pentru anxiolitice şi „majore" pentru neuroleptice, folosite de către autorii anglo-saxoni sînt ambigue, putînd crea grave confuzii. Cel mai vechi tranchilizant cunoscut şi unul dintre cele mai răspîndite şi astăzi este alcoolul, iar de-a lungul secolelor s-au folosit — şi se folosesc şi astăzi cu succes — plante cu efecte anxiolitice : valeriana, passiflora. Utilizarea barbituricelor a constituit o „eră", pînă la descoperirea benzodiazepinelor. Considerate, la început, drept tranchilizante ideale, barbituricele au fost folosite intensiv şi abuziv, ulterior sesizarea fenomenelor de dependenţă pe care le provoacă determinînd căderea lor în desuetudine. Astăzi, benzodiazepinele sînt aproape cele mai folosite droguri, atît de către psihiatri, cît şi de majoritatea practicienilor. În afară de benzodiazepine, de o largă utilizare sînt şi meprobamatul (primul tranchilizant, folosit pe scară largă din 1954), carbamatul, anumite tipuri de neuroleptice „sedative" în doze mici, antidepresive anxiolitice ş.a.

După criteriul farmacochimic, tranchilizantele pot fi clasificate în :

- ● Substanţe blocante interneuronale :
  - — derivaţii alcoolilor alifatici ;
  - — derivaţi carbonilici ;
  - — derivaţi propandiolici ;
  - — derivaţi diazepinici (benzodiazepine).
- ● Substanţe antihistaminice şi spasmolitice ;
  - — derivaţi de difenilmetan (hidroxizina) ;
  - — derivaţi de difenilmetanol (benactizina).

Luînd în considerare larga folosire a benzodiazepinelor se poate distinge între :

- ● Tranchilizante nebenzodiazepinice :
  - — derivaţi propandiolici (meprobamatul) ;
  - — derivaţi de difenilmetan (hidroxizina) ;
  - — betablocante (propranolol).
- ● Tranchilizante benzodiazepinice (seria benzodiazepinelor).

Din punctul de vedere al farmacocineticii, o absorbţie ideală se realizează după administrare intramusculară, concentraţia plasmatică maximă obţinîndu-se mult mai repede decît după administrarea per os. Administrarea intravenoasă, deşi posibilă, trebuie să ţină seama de anumite accidente ce pot surveni. Timpul de atingere a concentraţiei plasmatice maxime este diferit de la o substanţă la alta : pentru benzodiazepine, 30—60 minute, pentru derivaţii propandiolici, 2 ore etc., iar timpul de înjumătăţire (care trebuie neapărat luat în consideraţie în administrarea repetată) variază între 10—90 ore. Metabolizarea se realizează la nivelul ficatului, eliminarea se face pe cale renală şi, la femeile care alăptează şi prin lapte.

Acţiunile pe care se bazează folosirea tranchilizantelor sînt următoarele :

● Acţiunea anxiolitică se manifestă atît asupra intensităţii trăirii afective, cît şi asupra manifestărilor comportamentale ale acestei trăiri. Eficacitatea este excepţională în anxietatea nevrotică reactivă, în stările disforice, distimii, depresii de intensitate scăzută, acţiunea benzodiazepinelor şi a meprobamatului fiind salutară. Acelaşi lucru se poate spune şi despre reacţia de anxietate declanşată de existenţa unei boli somatice sau cea preoperatorie. Tratamentul prelungit şi susţinut cu tranchilizante poate avea un efect bun în simptomatologia fobică, balbism. Patologia psihosomatică beneficiază mult de tratamentul tranchilizant, care reuşeşte să scadă interesul bolnavului faţă de simptomatologia sa. În atacurile de anxietate, sînt necesare doze mari, administrate pe cale parenterală. GAYROL a comunicat faptul că, în doze mari, tranchilizantele au efect în anxietatea integrată cortegiului simptomatic psihotic, comportîndu-se ca un „neuroleptoid". WIALLHOCHER consideră că tranchilizantele pot fi folosite în toate stările depresive care nu sînt însoţite de o încetinire a proceselor psihice. În depresia profundă însă, experienţa clinică a demonstrat că ele nu pot aduce nici un beneficiu dacă nu sînt asociate cu antidepresive.

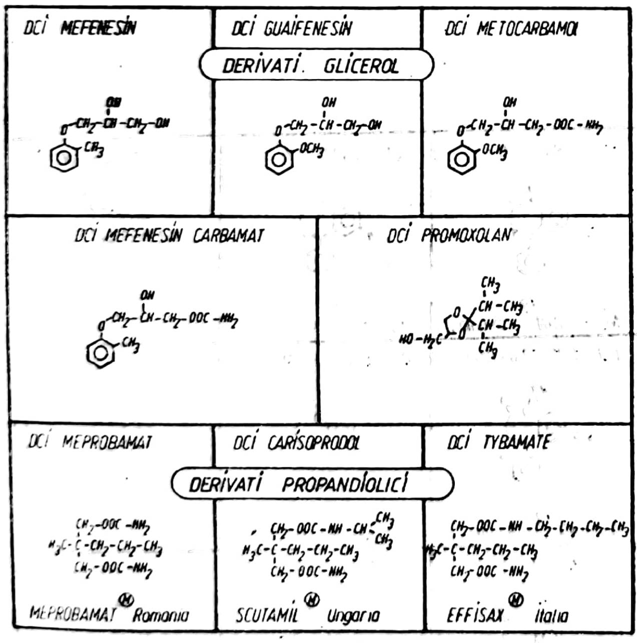
● Acţiunea sedativă a tranchilizantelor se traduce prin diminuarea motricităţii, diminuarea reflexelor, inducerea somnului, potenţarea depresoarelor sistemului nervos central: hipnotice, anestezice, alcool. Anumite tranchilizante (mogadon) pot fi folosite pentru efectul lor de hipnoinducere (mai ales în acele insomnii în care instalarea somnului este împiedicată de anxietate).

● Acţiunea miorelaxantă apare la doze mari şi este datorată deprimării substanţei reticulate activatoare ascendente (SRAA), cu diminuarea activităţii neuronale. Cel mai bun efect miorelaxant îl au diazepamul şi meprobamatul, celelalte tranchilizante fiind miorelaxante mai slabe.

● Acţiunea anticonvulsivantă este valabilă mai ales pentru diazepam care, în formă injectabilă, îşi găseşte o indicaţie foarte bună în stările de rău epileptic. Tot cu indicaţie antiepileptică poate fi folosit şi urbanilul (clobazepam).

● O slabă acţiune periferică, de tip atropinic, este descrisă în cazul hidroxizinei.

● Acţiunea antiagresivă este discutabilă.


DCI MEFENESIN
DCI GUAIFENESIN
DCI METOCARBAMOl
DERIVATI GLICEROL
OH
O-CH2-CH-CH2-OH
CH3
OH
O-CH2-CH-CH2-OH
OCH3
OH
O-CH2-CH-CH2-OOC-NH2
OCH3
DCI MEFENESIN CARBAMAT
OH
O-CH2-CH-CH2-OOC-NH2
CH3
DCI PROMOXOLAN
CH3
CH-CH3
CH-CH3
CH3
HO-H2C
DCI MEPROBAMAT
DCI CARISOPRODOL
DCI TYBAMATE
DERIVATI PROPANDIOLICI
CH2-OOC-NH2
H3C-C-CH2-CH2-CH3
CH2-OOC-NH2
CH2-OOC-NH-CH-CH3 CH3
H3C-C-CH2-CH2-CH3
CH2-OOC-NH2
CH2-OOC-NH-CH2-CH2-CH2-CH3
H3C-C-CH2-CH2-CH3
CH2-OOC-NH2
MEPROBAMAT ® Romania
SCUTAMIL ® Ungaria
EFFISAX ® Italia

În ceea ce priveşte asociaţiile medicamentoase în care se pot integra tranchilizantele, se poate afirma că ele pot fi practic folosite cu toată medicaţia psihotropă (antidepresive + tranchilizante; neuroleptice + tranchilizante), dar şi cu cea specifică afecţiunilor somatice (cardiotonice, antiulceroase, hipotensoare etc.).

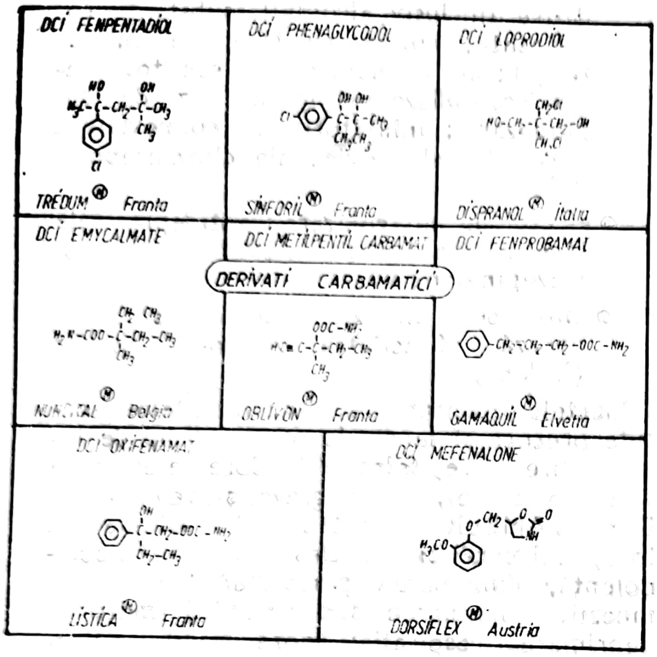
Acest fapt nu trebuie însă considerat în mod absolut, fără a ţine cont de:

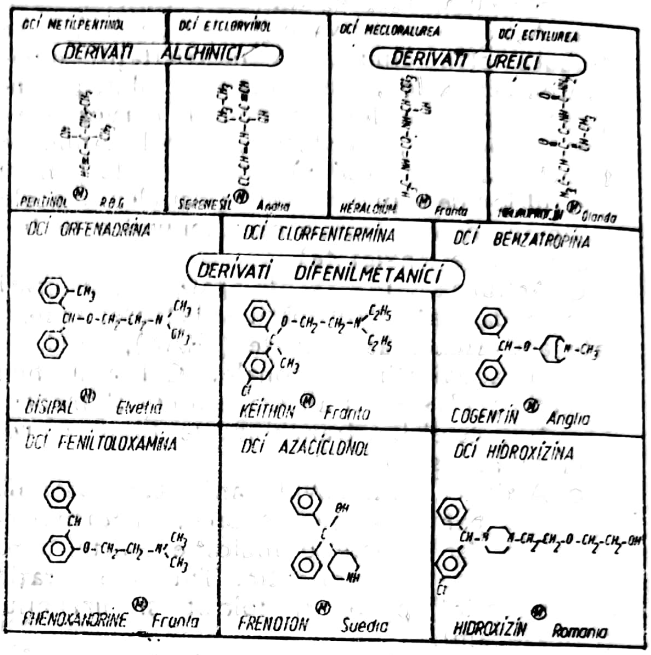
- efectul de potenţare cu psihotrope sedative (inclusiv alcoolul), substanţe curarizante, hidantoine (risc de intoleranţă); anticolinergicele cresc toxicitatea benzodiazepinelor în caz de supradozare; inhibitorii de colinesterază cresc efectele toxice ale clordiazepoxidului;
- efectul de antagonizare: antidepresivele încetinesc absorbţia intestinală a benzodiazepinelor;
- antiacidele întîrzie absorbţia şi diminuează eficacitatea benzodiazepinelor (L-dopa).

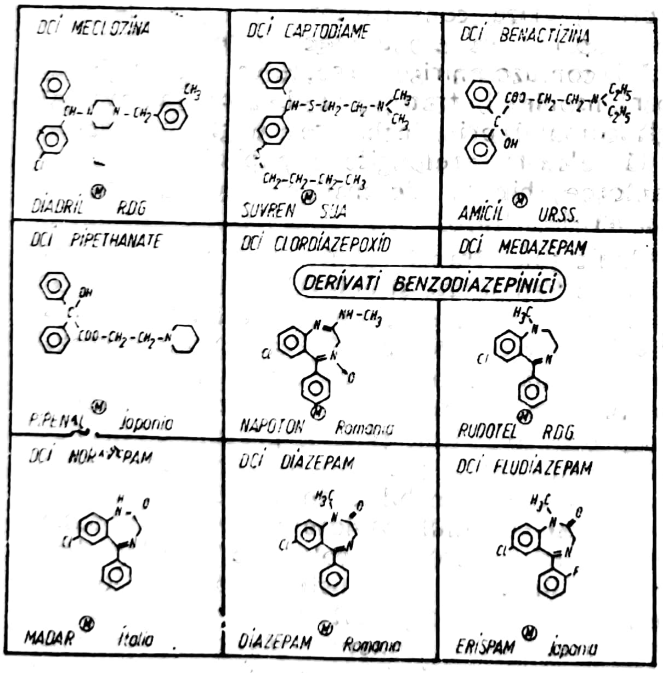
Efectele secundare ale tranchilizantelor (apărute precoce şi tardiv la cele cu timp de înjumătăţire mare) folosite în doze terapeutice sînt, de obicei, puţin grave şi reversibile. După LAMBERT, acestea sînt: astenie (la începutul curei şi mai ales la vîrstnici), somnolenţă, diminuarea performanţelor; hipomnezii, diminuarea spontaneităţii motorii; deprimarea respiraţiei (doze mari); potenţarea psihodilepticelor; tulburări de dinamică sexuală, enurezis, hiperglicemie; efect paradoxal de excitaţie, euforie, insomnii. Printre cele mai puternice efecte secundare sînt cele de dezvoltare a dependenţei (după tratamente îndelungate), cu tulburări de sevraj constînd din: creşterea anxietăţii, insomnii, tremurături, vomismente şi rar, dar posibil, crize convulsivante. Extrem de rar pot apărea ca efecte secundare: depresia, stări confuzo-onirice, creşterea rigidităţii la parkinsonienii trataţi cu L-dopa, agravarea glaucomului prin închiderea unghiului, datorită relaxării prelungite a pupilei, icter, galactoree, hipotermie malignă (în asociere cu săruri de litiu).

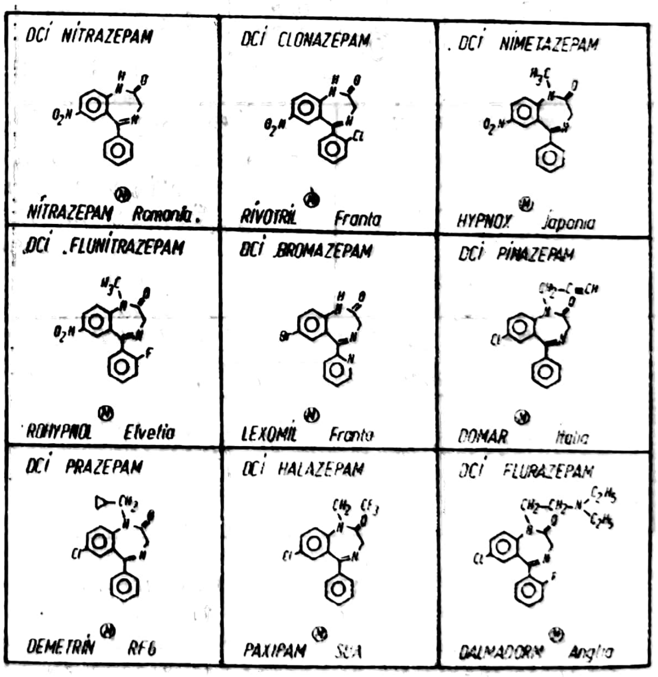
Indicaţiile tranchilizantelor sînt reprezentate de: anxietate şi echivalenţele ei somatice (insomnie, astenie, palpitaţii, tulburări digestive); nevroză fobică şi, mai puţin, nevroză obsesională; manifestări acute ale alcoolismului în cazul cărora sînt preferate diazepamul, meprobamatul i.m. şi i.v., precum şi în perioada de sevraj; afecţiuni psihosomatice în care curele tranchilizante de scurtă durată pregătesc terenul psihoterapiei: cardiopatie ischemică dureroasă, colopatie, boală ulceroasă, sindrom premenstrual, astm bronşic, eczemă, psoriazis, prurit, premedicaţie în anestezie, eclampsie, toxemie gravidică. Anumite produse sînt folosite pentru acţiunile lor specifice: anticonvulsivante (diazepam), hipnotice, antihistaminice (hidroxizin), miorelaxante.

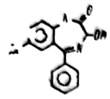
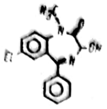
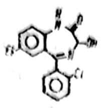
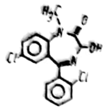
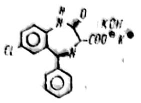
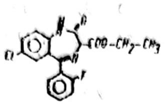
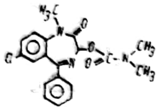
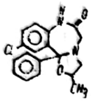
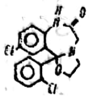
Tranchilizante – principalele grupe

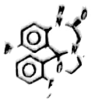
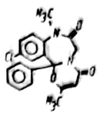
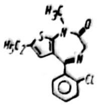
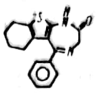
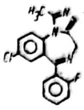
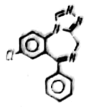
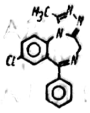
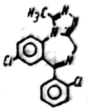
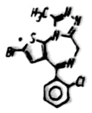

DCI FENPENTADIOL
TRÉDUM® Franța
DCI PHENAGLYCODOL
SINFORIL® Franța
DCI LOPRODIOL
DISPRANOL® Italia
DCI EMYCALMATE
NUNCITAL® Belgia
DCI METILPENTIL CARBAMAT
DERIVAȚI CARBAMATICI
OBLIVON® Franța
DCI FENPROBAMAT
GAMAQUIL® Elveția
DCI OXIFENAMAT
LISTICA® Franța
DCI MEFENALONE
DORSIFLEX® Austria

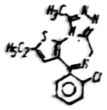
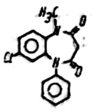
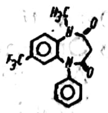

DCI METILPENTINOL
DCI ETCLORVINOL
DERIVAȚI ALCHINICI
PENTINOL® RDG
SERENESIL® Anglia
DCI MECLORALUREA
DCI ECTYLUREA
DERIVAȚI UREICI
HÉRALOUM® Franța
® Olanda
DCI ORFENADRINA
DISIPAL® Elveția
DCI CLORFENTERMINA
DERIVAȚI DIFENILMETANICI
KEITHON® Franța
DCI BENZATROPINA
COGENTIN® Anglia
DCI FENILTOLOXAMINA
PHENOXAMORINE® Franța
DCI AZACICLONOL
FRENOTON® Suedia
DCI HIDROXIZINA
HIDROXIZIN® Romania


DCI MECLOZINA
DIADRIL® RDG
DCI CAPTODIAME
SUVREN® SUA
DCI BENACTIZINA
AMICIL® URSS.
DCI PIPETHANATE
PIPENAL® Japonia
DCI CLORDIAZEPOXID
DERIVAȚI BENZODIAZEPINICI
NAPOTON® Romania
DCI MEDAZEPAM
RUDOTEL® RDG
DCI NORDAZEPAM
MADAR® Italia
DCI DIAZEPAM
DIAZEPAM® Romania
DCI FLUDIAZEPAM
ERISPAM® Japonia

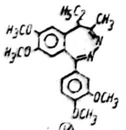
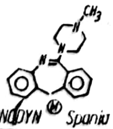
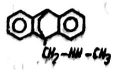
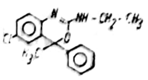
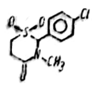
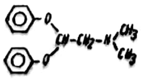

DCI NITRAZEPAM
NITRAZEPAN® Romania.
DCI CLONAZEPAM
RIVOTRIL® Franța
DCI NIMETAZEPAM
HYPNOX® Japonia
DCI FLUNITRAZEPAM
ROHYPNOL® Elveția
DCI BROMAZEPAM
LEXOMIL® Franța
DCI PINAZEPAM
DOMAR® Italia
DCI PRAZEPAM
DEMETRIN® RFG
DCI HALAZEPAM
PAXIPAM® SUA
DCI FLURAZEPAM
DALMADORM® Anglia

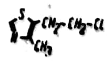
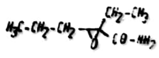
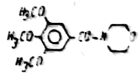
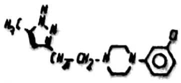
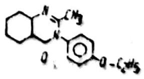
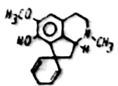
DCI OXAZE[illegible]  OXAZEPAM Ⓜ Romania	DCI TEMAZEPAM  PLANUM Ⓜ Elvetia	DCI LORAZEPAM  TEMESTA Ⓜ Franta
DCI LORMETAZEPAM  NOCTAMID Ⓜ R.F.G	DCI DIPOTASIUM CLORAZEPAT  TRANXILENE Ⓜ Turcia	DCI ETILLOFLAZEPAM  VICTAN Ⓜ Franta
DCI CAMAZEPAM  ALBEGO Ⓜ R.F.G	DCI OXAZOLAM  TRANQUIT Ⓜ R.F.G	DCI CLOXAZOLAM  BETAVEL Ⓜ Spania

DCI HALOXAZOLAM  SOMELIN Ⓜ Japonia	DCI KETAZOLAM  ANXON Ⓜ Anglia	DCI CLOTIAZEPAM  TRECALMO Ⓜ R.F.G
DCI BENTAZEPAM  THIADIPONE Ⓜ Spania	DCI MIDAZOLAM  DORMICUM Ⓜ Elvetia	DCI ESTAZOLAM  NUCTALON Ⓜ Franta
DCI APRAZOLAM  XANAX Ⓜ R.F.G.	DCI TRIAZOLAM  HALCION Ⓜ Anglia	DCI BROTIZOLAM  LENDORMIN Ⓜ R.F.G

DCI ETIZOLAM  DEPAS Ⓜ Japonia	DCI CLOBAZAM  FRISIUM Ⓜ Belgia	DCI TRIFLUBAZAM  TRIFLUBAZEPAM Ⓜ R.F.G.

DIVERSI DERIVATI

DCI TOFISOPAM  GRANDAXIN Ⓜ Ungaria	DCI PERLAPINA  HIPNODYN Ⓜ Spania	DCI BENZOCTAMINA  TACITIN Ⓜ Elvetia
DCI ETIFOXINA  STRESAM Ⓜ Franta	DCI CLORMEZANONA  TRANCOPAL Ⓜ R.F.G	DCI MEDIFOXAMINA  GERDAXYL Ⓜ Franta

DCI CLOMETIAZOL  HEMINEURINE Ⓜ Franta	DCI OXANAMIDA  QUIACTIN Ⓜ S.U.A.	DCI TRIMETOZIN  TRIKSAZIN Ⓜ U.R.S.S.
DCI MEPIPRAZOL  PSIGODAL Ⓜ Spania	DCI LUNETIL  LONETIN Ⓜ Bulgaria	DCI GLAZIOVIN  SUAVEDOL Ⓜ Italia

Contraindicaţiile absolute ale folosirii tranchilizantelor sînt reprezentate de : miastenie, glaucom, insuficienţă respiratorie gravă ; contraindicaţiile relative : accidente de intoleranţă, insuficienţă hepato-renală gravă, vîrstele extreme, tendinţe toxicofilice, profesiuni care reclamă o fină şi permanentă reglare psihomotorie (şoferi, dispeceri).

Clasificarea tranchilizantelor (DCI)

- *Derivaţi de glicerol* :
  - Mefenesin(DCI) : AVOSYL(M) SUA ; MYOCURAN(M) Germania ; NOCTYNOL(M) Anglia ; RELAXAR(M) Italia ; RHEX(M) Germania ;
  - Guaifenesin(DCI) : DILYN(M) SUA ; GUAIACURAN(M) Ceho-Slovacia ; MYOCAIN(M) Austria ; RESYL(M) Elveţia ; SIROTOL(M) Germania ;
  - Mefenesin carbamat(DCI) : TOLSERAM(M) SUA ; TOLSEROL(M) Iugoslavia ;
  - Metocarbamol(DCI) : LUMIRELAX(M) Franţa ; MIOWAS(M) Elveţia, Spania ; RELAX(M) Italia ; ROBAXIN(M) Anglia, Danemarca, Olanda ;
  - Promoxolan(DCI) : DIMETHYLANE(M) SUA.
- *Derivaţi de propandiol* :
  - Meprobamat(DCI) : MEPROBAMAT(M) România ; ANEURAL(M) Germania ; ASIETAN(M) Italia ; ATRAXIN(M) Japonia ; BAMATE(M) SUA ; CYRPON(M) Austria, Germania ; DAPAZ(M) Portugalia, Spania ; EQUANIL(M) Anglia, Austria, Canada, Turcia ; MEPRODIL(M) Elveţia ; PROCALMATIOL(M) SUA ; SEDANYL(M) Italia ; SOWELL(M) Elveţia ; TISED(M) Anglia ; TRANQUIL(M) Franţa; URBILAT(M) Germania ;
  - Carisoprodol(DCI) : ARTIFAR(M) Grecia ; DIOLENE(M) Italia ; RELA M) SUA ; SANOMA(M) Germania ; SCUTAMIL(M) Ungaria ; SOMA(M) Iugoslavia ;
  - Tibamat(DCI) : BEVIL(M) Anglia ; EFFISAX(M) Italia ; SOLACEN(M), SOLACIN(M) SUA ; TYBATRAN(M) SUA ;
  - Loprodiol(DCI) : DISPRANOL(M) Italia ; GENTIMON(M) Argentina ; PROTOPAZ(M) Spania ;
  - Fenpentadiol(DCI) : TREDUM(M) Franţa;
  - Fenaglicodol(DCI) : ACALO(M) SUA ; FELIXYN(M) Italia ; SINFORIL(M) Franţa ; STESIL(M) Italia ; ULTRAN(M) SUA ;
- Centalun(DCI) : CENTALUN(M) Elveţia, Germania.
- *Carbamaţi* :
  - Emilcamat(DCI) : NUCITAL(M) Austria, Belgia, Danemarca, Suedia ; TATRAN(M) Franţa ; STRIATRAN(M) SUA ;
  - Metilpentinol carbamat(DCI) : FORMARIN(M) Italia ; MECAROL(M) Italia ; N-OBLIVON(M) Franţa ; PSICOLAND(M) Spania ; TRUSONO(M) Anglia ;
  - Fenprobamat(DCI) : GAMAKUIL(M) Turcia ; GAMAQUIL(M) Danemarca, Elveţia, Grecia, Germania ; SPANTOL(M), TATARTAN(M) Japonia ;
  - Oxifenamat(DCI) : LISTICA(M) Franţa ;
  - Mefenoxalonă(DCI) : CONTROL-OM(M) Elveţia ; DORSIFLEX(M) Austria, Elveţia, Grecia, Olanda ; TREPIDONE(M) SUA ; XÉRÉNE(M) Franţa ;
- *Alkine* :
  - Metilpentinol(DCI) : ALLOTROPAL(M) Germania; ATEMPOL(M) Anglia ; DALGOL(M) Ungaria ; MIRAMEL(M) Elveţia ; OBLEVIL(M) Italia ; PENTINOL(M) Germania ;
  - Etclorvinol(DCI) : ARVYNOL(M) Anglia, PLACIDYL(M) Canada, SUA ; ROERIDORM(M) Suedia ; SERENESIL(M) Anglia ;
- *Derivaţi de uree* :
  - Mecloralureea(DCI) : HERALDIUM(M) Franţa, Grecia.
  - Ectilureea(DCI) : ACTYL(M), ASTIN(M) Japonia ; CRONIL(M) Italia ; EKTYL(M) Suedia ; LEVANIL(M) SUA ; NEUROPROCIN(M) Olanda.
- *Derivaţi difenilmetan* :
  - Orfenadrină(DCI) : DISIPAL(M) Anglia Austria, Belgia, Franţa, Olanda, Iugoslavia ; EUFLEX(M) Italia ; NORFLEX(M) Elveţia, Germania, SUA ; ORGASIPAL(M) Olanda ;
  - Clofenetamină(DCI) : KEITHON(M) Elveţia, Franţa, Germania ;
  - Benzatropină(DCI) : AKITAN(M) Finlanda ; COGENTIN(M) Anglia, Austria, Danemarca, Elveţia, Grecia, Olanda, SUA ; COGENTINE(M) Franţa ; COGENTINOL(M) Germania ;
  - Feniltoloxamină(DCI) : ANTIN(M) Germania ; BRISTAMIN(M) Anglia ; DRAMAL(M) Germania ; PHENOXADRINE(M) Franţa ; VOLAXIN MODIFIED(M) SUA ;
  - Azociclonol(DCI) : FRENOTON(M) Suedia ; FRENQUEL(M) Franţa, Spania ;
  - Hidroxizin(DCI) : HIDROXIZIN(M) România ; ATARAX(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Finlanda,

Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, Germania, Spania, SUA ; NEUROLAX(M) Bulgaria, PAXISTIL(M) Belgia ; VISTARIL(M) SUA, Suedia, Turcia ;

- **Meclozină**(DCI) : ANCOLAN(M) Anglia ; CALMONAL(M) Germania ; ITINEROL(M) Elveția ; NAVICULAR(M) Franța ; VERTROL(M) SUA ;
- **Captodiame**(DCI) : COVATINE(M) Franța; COVATIX(M) Germania ; SUVREN(M) SUA ;
- Benactizină(DCI) : AMICIL(M) C.S.I. ; AMITACON(M) Ungaria ; ARCADIN(M) Anglia ; LUCIDIL(M) SUA ; PROCALM(M) Germania ; SPATOMAC(M) Franța ;
- Pipetanat(DCI) : IMINON(M), PESAL(M), PIPESANE(M) Japonia ; SYCOTROL(M) SUA.

- *Derivați de benzodiazepină* :
  - Clordiazepoxid(DCI) : BENZODIAZEPIN(M) Italia ; CALMODEN(M) Anglia ; DIAPAX(M) Canada ; ELENIUM(M) Polonia ; LIBRITABS(M) SUA ; LIBRIUM(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Germania, Spania, SUA, Turcia ; TIMOSIN(M) Germania ;
  - Medazepam(DCI) : ANSILAN(M) Iugoslavia ; ANXITOL(M) Danemarca ; GLORIUM(M) Israel ; NOBRIUM(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Germania, Spania, Turcia ; RAPORAN(M) Australia ; RUDOTEL(M) Germania ; STRATIUM(M) Grecia ;
  - Nordazepam(DCI) : DEMADAR(M) Argentina, Portugalia ; LOMAX(M) Grecia ; MADAR(M) Belgia, Italia ; VEGESAN(M) Elveția ;
  - Diazepam(DCI) : DIAZEPAM(M) Austria, Belgia, Danemarca, Germania, România ; ANSIOLIN(M) Italia ; ASSIVAL(M) Israel ; ATILEN(M) Ceho-Slovacia ; CERCIN(M) Japonia ; DIALAG(M) Elveția ; DIAZEM(M) Turcia ; DRENIAN(M) Spania ; EUROSAN(M) Elveția ; MEVAL(M) Canada ; SEDUXEN(M) Ungaria ; TRANQUASE(M) Germania ; VALIUM(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Germania, SUA, Suedia ;
  - Nitrazepam(DCI) : NITRAZEPAM(M) România, Danemarca, Finlanda, Japonia, Polonia, Ceho-Slovacia, Suedia ; CERSON(M) Iugoslavia ; IMESON(M) Germania ; INSOMIN(M) Elveția, Finlanda ; MOGADON(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Olanda, Spania, Suedia, Turcia ; NOCTEM(M) Italia ; RADEDORM(M) Germania ; SOMNITE(M) Anglia ; SONNOLIN(M) Italia ;
  - Clonazepam(DCI) : CLONEX(M) Israel ; CLONAPIN(M) SUA ; RIVATRIL(M) RIVOTRIL(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Germania, Spania, Turcia ;
  - Nimetazepam(DCI) : ERIMIN(M), HYPNON(M) Japonia ;
  - Flunitrazepam(DCI) : LIBELIUS(M) Italia; ROHYPNOL(M) Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Germania, Spania ; VALSERA(M) Italia ;
  - Bromazepam(DCI) : COMPENDIUM(M) Italia ; LECTOPAM(M) SUA ; LEXILIUM(M) Iugoslavia ; LEXOTAN(M), LEXOTANIL(M) Austria, Belgia, Elveția, Olanda ;
  - Pinazepam(DCI) : DOMAR(M) Italia ; DUNA(M) Elveția ;
  - Prazepam(DCI) : CENTRAX(M) Anglia, SUA ; DEMETRIN(M) Austria, Elveția, Germania, Spania ; LYSANXIA(M) Belgia, Franța ; PRAZENE(M) Italia ; REAPAM(M) Olanda ;
  - Halazepam(DCI) : PAXIPAM(M) SUA ;
  - Flurazepam(DCI) : DALMADORM(M) Austria, Danemarca, Elveția, Italia, Olanda ; DALMANE(M) Anglia, Canada, SUA ; FLUZEPAM(M) Iugoslavia ; VALDORM(M) Italia ;
  - Oxazepam(DCI) : OXAZEPAM(M) România, Ceho-Slovacia, Grecia, Polonia ; ADUMBRAN(M) Austria, Grecia, Italia, Germania, Turcia ; ANXIOLIP(M) Elveția ; IRANIL(M) Turcia ; NOCTAZEPAM(M) Germania ; SEDOKIN(M) Italia ; SERAX(M) Canada, SUA ; SERENIL(M) Anglia ; TACEPAM(M) C.S.I. ;
  - Temazepam(DCI) : EUHYPNOS(M) Anglia, Belgia, Franța, Spania ; LEVANXOL(M) Italia, Olanda ; PLANUM(M) Germania ; REMESTAN(M) Germania ; SIGNOPAM(M) Polonia ;
  - Lorazepam(DCI) : ATIVAN(M) Anglia, Canada, Iugoslavia, SUA, Rusia ; CONTROL(M) Italia ; LORAZEPAM(M) Iugoslavia, Spania ; TAVOR(M) Italia, Iugoslavia, Grecia, Germania ; TEMESTA(M) Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Olanda ; TITUS(M) Grecia ; WYPAX(M) Spania ;
  - Lormetazepam(DCI) : LORAMET(M) Elveția, Olanda ; MINIAS(M) Italia ; NOCTAMID(M) Anglia, Elveția, Germania ;

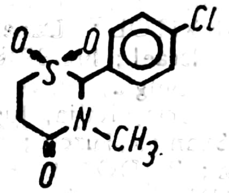
- Dipotassium clorazepat$^{(DCI)}$: BELSEREN$^{(M)}$ Belgia; NANSIUS$^{(M)}$ Spania; TRANXENE$^{(M)}$ Anglia, Belgia, Canada, Franţa, Olanda; VERAX$^{(M)}$ Mexic;
- Camazepam$^{(DCI)}$: ALBEGO$^{(M)}$ Belgia, Elveţia, Italia, Olanda, Germania, Spania; AMOTRIL$^{(M)}$ Grecia; PENEVRIL$^{(M)}$ Portugalia; PAXOR$^{(M)}$ Belgia;
- Oxazolam$^{(DCI)}$: HIALIZAN$^{(M)}$ Spania; SERENAL$^{(M)}$ Japonia; TRANQUIT$^{(M)}$ Germania;
- Cloxazolam$^{(DCI)}$: BETAVEL$^{(M)}$ Spania; ENADEL$^{(M)}$ Japonia; OLCADIL$^{(M)}$ Elveţia, Franţa; SEPAZON$^{(M)}$ Japonia;
- Haloxazolam$^{(DCI)}$: HALOXAZOLAM$^{(M)}$, SOMELIN$^{(M)}$ Japonia;
- Ketazolam$^{(DCI)}$: CONTAMEX$^{(M)}$ Germania; SOLATRAN$^{(M)}$ Elveţia, Olanda;
- Clotiazepam$^{(DCI)}$: TRECALMO$^{(M)}$, TRECALMO FORTE$^{(M)}$ Germania;
- Bentazepam$^{(DCI)}$: THIADIPONE$^{(M)}$ Spania;
- Midazolam$^{(DCI)}$: DORMICUM$^{(M)}$ Elveţia, SUA;
- Estazolam$^{(DCI)}$: DOMNAMID$^{(M)}$ Danemarca; NUCTALON$^{(M)}$ Franţa;
- Alprazolam$^{(DCI)}$: XANAX$^{(M)}$ Anglia, Elveţia, Franţa, Germania;
- Triazolam$^{(DCI)}$: HALCION$^{(M)}$ Anglia, Belgia, Elveţia, Franţa, Germania;
- Brotizolam$^{(DCI)}$: LENDORMIN$^{(M)}$ Germania;
- Etizolam$^{(DCI)}$: DEPAS$^{(M)}$ Japonia;
- Clobazam$^{(DCI)}$: FRISIUM$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Grecia, Italia, Germania; URBANIL$^{(M)}$ Elveţia, Franţa;
- Triflubazam$^{(DCI)}$: TRIFLUBAZEPAM$^{(M)}$ Germania;
- Tofisopam$^{(DCI)}$: GRANDAXINE$^{(M)}$ Franţa; SERIEL$^{(M)}$ Franţa;

- *Alte tranchilizante*:
  - Benzoctamină$^{(DCI)}$: TACITIN$^{(M)}$ Anglia, Austria, Elveţia, Grecia, Iugoslavia, Germania, Olanda, Ungaria; TACITINE$^{(M)}$ Elveţia, Franţa;
  - Clormezanonă$^{(DCI)}$: FENAROL$^{(M)}$ SUA; LOBAK$^{(M)}$ Anglia; MUSKEL TRANCOPAL$^{(M)}$ Germania; REXAN$^{(M)}$ Italia; SUPOTRAN$^{(M)}$ Franţa; TRANCOPAL$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Elveţia, Franţa, Grecia, Italia, Japonia, Olanda, SUA, Suedia;
  - Clometiazol$^{(DCI)}$: CLOMIAZIN$^{(M)}$ Elveţia; DISTRANEURIN$^{(M)}$ Austria, Elveţia, Germania; HEMINEURINE$^{(M)}$ Anglia, Elveţia; Franţa; HEMITHIAMIN$^{(M)}$ Rusia;
  - Perlapină$^{(DCI)}$: HIPNODIN$^{(M)}$ Japonia;
  - Etifoxină$^{(DCI)}$: STRESAM$^{(M)}$ Franţa;
  - Medifoxamină$^{(DCI)}$: GERDAXYL$^{(M)}$ Spania;
  - Oxanamidă$^{(DCI)}$: QUIACTIN$^{(M)}$ Franţa;
  - Trimetozină$^{(DCI)}$: OPALENE$^{(M)}$ Franţa; TRIOXAZINE$^{(M)}$ Ungaria;
  - Lonetil$^{(DCI)}$: LONETIL$^{(M)}$ Bulgaria.

422. **TRANCHILIZANTE MAJORE** sin. → NEUROLEPTICE.

423. **TRANCIN$^{(M)}$** SUA — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Efectele secundare sînt de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

424. **TRANCOLAX$^{(M)}$** Coreea
TRANCOPAL$^{(M)}$ Anglia
TRANCOTE$^{(M)}$ Japonia
— DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valente anxiolitice, de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis spasme musculare). Acţiunea sa anxiolitică este complementară; nu are practic contraindicaţii.



425. **TRANDYN$^{(M)}$** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

426. **TRANEX$^{(M)}$** Iugoslavia — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3-acid carboxilic, cu acţiune anxiolitic-miorelaxantă şi sedativă. Buna sa toleranţă şi efectele sedativ-hipnotice modeste îi conferă o largă utilizare.

427. **TRANKIL**$^{(MC)}$ Grecia ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează:

● MEPROBAMAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic;

● OXAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

428. **TRANKILIN**$^{(M)}$ Turcia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

429. **TRANKILIUM**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

430. **TRANLISANT**$^{(M)}$ Canada; **TRANMEP**$^{(M)}$ SUA ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT$^{(M)}$ România.

431. **TRANQUASE**$^{(M)}$ Germania ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic — sin. TRANDYN$^{(M)}$ Mexic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

432. **TRANQUAZINE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină cu acțiune sedativă (inferioară clorpromazinei) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere ale psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

433. **TRANQUIL**$^{(M)}$ Franța ● Tranchilizant, derivat propandiolic — sin. TRANLISANT$^{(M)}$ Canada $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT$^{(M)}$ România.

434. **TRANQUIL**$^{(M)}$ Germania — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

435. **TRANQUIL**$^{(M)}$ Spania — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 3-fenil-1-propanolcarbamat, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efectele secundare sînt practic nule. Are o bună toleranță.

436. **TRANQUIL**$^{(M)}$ Italia — DCI *Triflupromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și anxiolitică. Diminuează efectele L-dopa. Influențează reacțiile conducătorilor auto.

437. **TRANQUIL**$^{(M)}$ Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă, miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

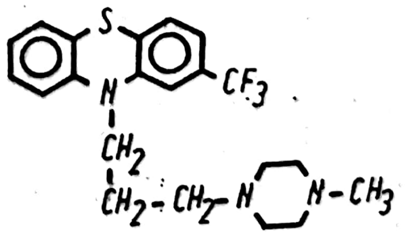
438. **TRANQUILAX**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică și o singură contraindicație — miastenia.

439. **TRANQUILLACTINE**$^{(M)}$ Italia — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. Are acțiune proconvulsivantă. În timpul tratamentului este interzis consumul de alcool.

440. **TRANQUILLINE**$^{(M)}$ Israel — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRANQUILLACTINE$^{(M)}$ Italia.

441. **TRANQUIRIT**$^{(M)}$ Italia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic — sin. TRANQUASE$^{(M)}$ Germania $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

442. **TRANQUIS**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat feno-



tiazinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice ; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mult reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

443. **TRANQUISAN**$^{(M)}$ Austria ● Tranchilizant, derivat propandiolic — sin. TRANQUIL$^{(M)}$ Franța $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT$^{(M)}$ România.

444. **TRANQUIT**$^{(M)}$ Germania — DCI *Oxazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-2,3,7,11b-tetrahidro-2-metil-11b-feniloxazol/3,2-d//1,4/benzodiazepină-6(5H)-onă cu acțiune sedativ-hipnotică și anxiolitică, cu o bună toleranță și o singură contraindicație : miastenia.

445. **TRANQUIZINE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN$^{(M)}$.

446. **TRANQUO-TABLINEN**$^{(M)}$ Germania ● Tranchilizant, derivat benzodiezepinic — sin. TRANQUIRIT$^{(M)}$ Italia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

447. **TRANRILAX**$^{(M)}$ Italia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant anxiolitic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRANCOLAX$^{(M)}$ Coreea.

448. **TRANSAMIN**$^{(M)}$ Rusia
TRANSAPIN$^{(M)}$ Rusia
— DCI *Tranilcipromină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat ciclopropilaminic de tip (±)-trans-2-fenilciclopropilamină, indicat în depresiile inhibate. Este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice, necesitînd o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

449. **TRANSANATE**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant anxiolitic — sin. TRANRILAX$^{(M)}$ Italia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRANCOLAX$^{(M)}$ Coreea.

450. **TRANSĂ** (cf. fr. *transe* : vezi lat. *transeo* „a trece peste, dincolo") ● Stare psihică particulară de sensibilitate acută, în timpul căreia subiectul este receptiv la fenomenele parapsihologice sau oculte. În transă se produce o modificare a conștiinței (a stării de conștiență, de vigilitate), modificare generată de sugestia hipnotică sau obținută prin meditație. Starea de transă este asemănătoare stării de extaz, cu deosebirea că extazul este mai conștient decît transa ; starea de transă presupune o suprimare aproape totală a conștienței. Subiectul nu participă, în starea de transă, cu gîndurile, ideile, concepțiile sale. Starea de transă favorizează percepția extrasenzorială.

451. **TRANSCENDENT** (cf. lat. *transcendere* „a trece peste, dincolo") ● Ceea ce se află dincolo de anumite limite ; în opoziție cu imanent (atribut al însușirilor date în interiorul unei clase de obiecte și procese sau în limitele unui nivel ontic determinat), transcendentul se referă la o esență (cauză, principiu, entitate etc.) ce se află dincolo de marginile unui domeniu existențial, deținînd un rang ontologic superior și depășind, din punct de vedere gnoseologic, puterile gîndirii omenești. Prototipul prin excelență al transcendentului este divinitatea.

● În filozofia kantiană, transcendent este tot ceea ce depășește lumea empirică, referindu-se (sub apsect ontologic) la entitățile care nu pot deveni obiecte ale experienței („lucrurile în sine") sau (sub aspect epistemologic) la ideile rațiunii pure, care nu se pot aplica în limitele cunoașterii experimentale (Dumnezeu, suflet etc.).

452. **TRANSCENDENTAL** (cf. lat. *transcendere*) ● În scolastica medievală, transcendentale erau considerate acele categorii cu valabilitate universală, aplicabile absolut oricărei forme de existență (ens — ceea ce există ; aliquid — ceva ; res — lucru ; verum — adevăr etc.).

● În filozofia kantiană, transcendentale sînt condițiile a priori ale cunoașterii, care anticipează și fac posibilă experiența, alcătuind un ansamblu de structuri pur formale, imanente subiectului epistemic, ce primesc și ordonează datul sensibil. Prin caracterul lor a priori, elementele transcendentale ale cunoașterii se opun empiricului, care cuprinde cunoștințe a posteriori despre fenomene, realizate prin sinteza informațiilor perceptive în cadrul schematismului transcendental. Acesta cuprinde, după KANT, formele a priori ale intuiției sensibile (spațiul și timpul), conceptele intelectului pur și ideile rațiunii pure.

● În metoda fenomenologică elaborată de HUSSERL (adoptată și de unii filozofi existențialiști — HEIDEGGER, JASPERS), transcendentală este cunoașterea a priori a fenomenului pur, dobîndită de conștiința intențională prin „intuirea esenței" (Wesensschau), precedată de reducția fenomenologică (epoche) prin care lumea empirică, „pusă între paranteze", încetează de a mai fi obiect al cunoașterii.

453. **TRANSCENDENȚĂ** (cf. lat. *transcendere*) ● În sens teologic, condiția divinității față de creația sa. Mereu dincolo de limitele acesteia, situată într-un regn ontologic mai înalt, transcendența sfidează, prin atributele superlative ale infinității și perfecțiunii, mărginirea ființei empirice, de care rămîne pe vecie despărțită printr-o radicală diferențiere a esenței.

● În metoda fenomenologică, fenomenul pur dezvăluit conștiinței intenționale prin „intuirea esenței", ca semnificație ce depășește datul empiric, aflîndu-se într-un plan mai adînc al realului.

● În filozofiile existențialiste, transcendența definește condiția autentică a omului, dobîndită prin refuzul și sfidarea banalității cotidiene, prin efortul individului de a-și depăși starea de ființă alienată, asumîndu-și libertatea ca fundament al opțiunilor axiologice și al proiectelor sale existențiale.

● Într-un sens general acceptat, disponibilitate ontică a omului de a se situa, prin praxis, dincolo de datul nemijlocit, al naturii, în lumea valorilor culturale.

454. **TRANSCULTURALĂ — psihiatrie** ● Domeniu de studiu al psihiatriei, focalizat asupra modului în care factorii culturali și cei ai mediului social determină sau influențează bolile psihice, de la o unitate culturală la alta. Autorii de limbă engleză utilizează și termenul de „cross-cultural psychiatry", care se referă la aspectele comparative și de contrast ale psihiatriei în diferite culturi.

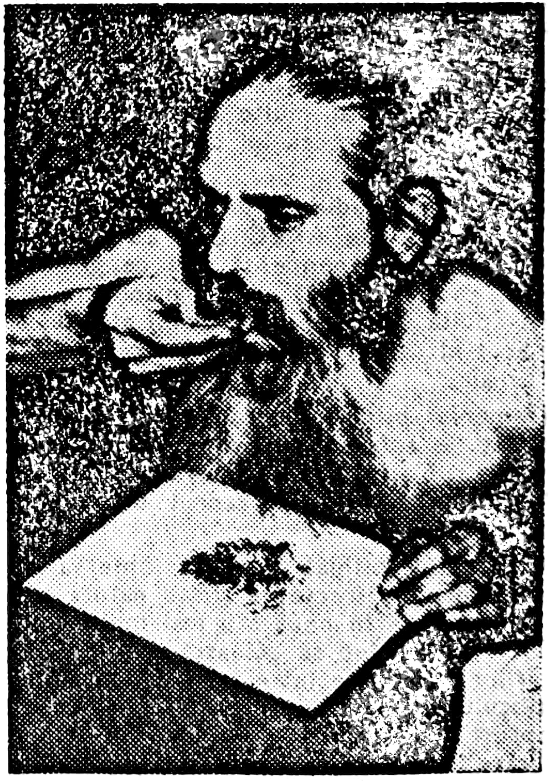
Psihiatria transculturală beneficiază de contribuțiile pe care le pot aduce psihiatrii și ceilalți cercetători din domeniul științelor sociale la înțelegerea anormalității psihice pornind de la diferitele fundamente culturale (WITTKOWER). Se știe că un comportament considerat normal într-o anumită cultură nu este admis neapărat ca atare într-o alta.

Boala mintală reprezintă și ea un mod de comportament, dar care, privit de observatorii avizați, apare întotdeauna ca anormal, indiferent de cultura căreia îi aparțin subiecții.

Idioția, demența senilă și confuzia acută au reprezentat entități al căror caracter patologic a fost recunoscut în toate culturile (ELLENBERGER), bolnavii psihici asemănîndu-se întotdeauna între ei mai mult decît oamenii sănătoși (PFEIFFER, 1970).

Domeniu de studiu al psihologiei culturale și al antropologiei, cultura și modul în care omul o influențează și este, în același timp, influențat de ea, poate fi înțeleasă prin intermediul unor concepte diferite. Dintre acestea, psihanaliza consideră că relația între cultură și personalitate se bazează pe unele conduite universale : foame, sete, băutură, funcții excreatoare, dragoste și ură. Acestea reprezintă nevoi și funcții biologice, instincte, sentimente și impulsiuni ale căror valori calitative și cantitative, interdicții de exprimare din partea figurilor centrale ale familiei constituie diferența dintre un individ și altul.

Preceptele din cercul familiei își au corespondentul în moravurile societății respective, existînd un continuum de culturi, pornind de la cele ai căror membri sînt conduși în mod predominant de autoritatea externă către cele ai căror membri au încorporat autoritatea externă în termeni de moralitate, simț al datoriei, simț al obligației și de control al agresivității ; în același timp, există un



continuum de culturi, pornind de la cele ai căror membri își exprimă în mod liber conduitele instinctuale, impulsiunile și sentimentele, către cele ai căror membri sînt sever inhibați în exprimarea lor instinctuală și emoțională.

Aceste considerente nu pot fi luate serios în discuție decît prin compararea diferitelor culturi în ceea ce privește creșterea copiilor și alte influențe socioculturale, avînd punctul de plecare chiar în intensitatea și natura relației materno-infantile : orarul meselor la sugari, durata alimentației naturale, gradul de contact corporal al copilului cu mama sa (purtat pe spate, pe piept sau plimbat în cărut), modul de efectuare a toaletei și, în fine, educarea copilului prin metoda gratificație-pedeapsă.

Căutînd să depisteze factorii de mediu cultural care, interferîndu-se cu cei de ordin individual și de natură experiențial-științifică, au rol determinant în structurarea personalității, psihiatria transculturală se conturează astfel ca un domeniu mult mai complex de studiu decît cel al „recenzării formelor clinice pitorești ale patologiei exotice" (PÉLICIER, 1980). Psihiatria transculturală urmărește personalitatea de bază (KARDINER și LINTON) de la modul ei de structurare, pînă la modificările acesteia la nivel patologic.

Astfel, studiile întreprinse la Dakar de către H. COLLOMB asupra psihopatologiei africane au scos în evidență aspectele identificării de tip grupal pe care o realizează copilul african și care îi oferă șansele unei coeziuni sociale favorabile, dar care, în același timp, reprezintă, de cele mai multe ori, serioase frîne în constituirea procesului de desprindere, de autonomizare.

La japonezi, studiile inițiate de R. BENEDICT și continuate de TAKEO DOI au reliefat un anume tip de dependență față de grupul familial, care continuă să se manifeste și în viața adultă, oscilînd între polul afectiv, simțul acut al datoriei și universul relațiilor impersonale.

Domeniul psihiatriei transculturale poate fi abordat fie sub aspectul diferențelor cantitative, fie sub acela al diferențelor calitative ale tulburărilor psihice în cadrul unor culturi contrastante.

Clinicianul psihiatru poate observa diferențele privind frecvența și/sau natura tulburărilor mintale în două sau mai multe culturi diferite, încercînd să găsească explicații deosebirilor constatate între termenii variabilelor socioculturale. În acest sens, CASTRO a întreprins studii comparative privind impactul pe care îl realizează starea de invaliditate a tatălui asupra familiei în Canada și Peru, iar SAUCIER și ELLENBERGER au studiat efectele îmbolnăvirii grave și prelungite a unui copil asupra familiei acestuia, în trei subculturi canadiene.

Rezultatele unor astfel de cercetări transculturale pot fi obținute și apreciate prin crearea unor echipe interdisciplinare de psihiatri, antropologi, lucrători din domeniul social, psihologi și prin aplicarea unor investigații standardizate persoanelor aparținînd unor culturi contrastante.

Una dintre problemele ridicate de psihiatria transculturală au reprezentat-o posibilele diferențe semnificative dintre diversele culturi privind ponderea totală a tulburărilor psihice, statisticile de la un moment dat indicînd o incidență totală a bolilor mintale mult mai scăzută în așa-zisele societăți primitive în comparație cu societățile avansate. Însuși KRAEPELIN, atras de aspectele transculturale, a întreprins, în 1904, un studiu comparativ al entităților izolate de el printre populațiile Extremului Orient, iar în 1938 se menționa că „lunaticii cu certificat" din Anglia și Wales reprezentau $4^{0}/_{00}$ din populație, în timp ce, aproximativ în aceeași perioadă, pe Coasta de Aur procentul acesta era de numai $0{,}3^{0}/_{00}$ – cifre discutabile avînd în vedere inegalitatea dezvoltării rețelei de spitale, a pregătirii medicale a cadrelor, toleranței comunității față de boala mintală, atitudinile diferite față de bolnavul psihic.

Deși nu au reușit să ofere pînă în prezent concluzii de valoare științifică absolută, cercetările de psihiatrie transculturală au realizat în cursul ultimelor decenii substanțiale progrese, odată cu dezvoltarea mijloacelor moderne de culegere și prelucrare a informațiilor, cu efortul psihiatrilor din întreaga lume de a realiza un consens în nosografia și nosologia bolilor psihice, în tratamentul acestora.

Cunoașterea domeniului psihiatriei transculturale a devenit în zilele noastre o necesitate, în special pentru societățile occidentale, în care amestecurile de populații și fenomenul migrării și al imigrării ridică din ce în ce mai multe probleme pentru medicul practician. Statele Unite, Canada, Germania, Franța sînt țări confruntate cu aceste fenomene sociale complexe, în care s-au întreprins și studii de psihiatrie comparativă, căutînd răspuns la următoarele cinci întrebări (WITTKOWER și FRIED, citați de H. EY) :

— Există culturi ideale în care boala psihică este rară sau absentă ?
— Există diferențe semnificative în prevalență (nivelul morbidității la un mo-

ment dat) sau în incidență (riscul global în interiorul unei populații) ale tulburărilor mintale în diferitele culturi ?

— Există tulburări mintale obișnuite în anumite culturi și care nu există în altele ?

— Există diferențe nosologice în manifestările tulburărilor mintale corespunzătoare diferitelor culturi ?

— Există sindroame psihiatrice specifice pentru anumite arii geografice sau culturale ?

Domeniul psihopatologiei, în ciuda atracției deosebite pe care a exercitat-o asupra diferiților cercetători, a oferit prin rezultatele obținute concluzii surprinzătoare și, în mare măsură, dezamăgitoare.

Fascinați de varietatea de suprafață a formelor clinice, psihiatrii au fost nevoiți să conchidă că nu există tablouri psihopatologice particulare unei culturi anume. Cu toate acestea, pot fi desprinse unele formulări preliminare de ordin general (după WITTKOWER și TERMANSEN) :

— etichetele curente de diagnostic nu pot fi totdeauna aplicate anumitor populații de tip primitiv (unii indieni americani, unele populații africane sau grupuri arabe) ;

— granița dintre stările nevrotice și psihotice, în cazul anumitor populații, este vagă, cu predominarea stărilor atipice ;

— schizofrenia este o boală generală, iar modul în care un anumit mod de viață sau un anumit tip de cultură influențează asupra incidenței sale este discutabil :

— psihozele infecțioase sînt mai frecvente în regiunile cu risc global crescut la infecții și asistență medicală deficitară ;

— majoritatea autorilor sînt de acord asupra frecvenței scăzute a tulburărilor depresive în cadrul așa-numitelor societăți primitive, conform studiilor efectuate asupra populațiilor din Java (KRAEPELIN), Kenya (CAROTHERS), Nigeria (LEIGHTON), Africa de Sud (LAUBSCHER) și Haiti (BORDELEANU) și, în cazul apariției lor, asupra ideilor depresive de vinovăție și autoacuzare (STAINBROOK, TOOTH). Aspectul este indiscutabil, deoarece în acest tip de societăți numai bolnavii cu un grad sever al tulburărilor afective ajung să fie spitalizați, în timp ce aceia care nu afectează relațiile sociale sînt reținuți și îngrijiți de către familie. Pe de altă parte, FIELD remarcă neatribuirea rolului de bolnav depresiv în populațiile africane (neexistînd cuvîntul depresie în limbile respective), la care manifestările hipocondriace substituie simptomatologia depresivă. Raritatea depresiei ar mai putea fi explicată prin efectul psihologic protector al familiei, al ritualurilor funerare, al mecanismelor de proiecție ca apărare împotriva depresiei, al predominanței unui super-ego colectiv în societățile amintite, spre deosebire de cea a unui super-ego individual, caracteristic societăților de tip occidental. Există și opinii contrare (COHEN), care susțin că „depresia psihotică este, în general, mult mai frecventă printre persoanele care se identifică mai strîns cu familia, grupurile de origine, comunitatea etc." ;

— rata suicidului este neobișnuit de ridicată în Japonia, Suedia, Danemarca și Elveția și deosebit de scăzută la populația neagră din Africa, la care autoliza este echivalentă cu dispariția în desișul junglei sau al savanei. În general, se admite existența unei mari variabilități a atitudinilor socio-culturale și a credințelor, în privința alegerii morții, studiile comparative în privința suicidului întîmpinînd dificultăți chiar în cadrul societăților de tip occidental ;

— în privința manifestărilor obsesionale, acestea sînt mult mai frecvente în țările dezvoltate, în timp ce nevroza obsesională este extrem de rară în societățile de tip primitiv (VAHIA, GAITONDE). Explicația ultimului aspect ar consta în reținerea generală pe care o manifestă bolnavii obsesiv-compulsivi de a se adresa psihiatrilor, externalizării conștiinței asediate prin intermediul credințelor populare și superstițiilor, ca și absorbirii apărărilor obsesionale de către ritualuri specifice culturii respective ;

— tulburările psihosomatice (de exemplu, ulcerul gastric, hipertensiunea arterială și astmul bronșic), frecvente în societățile euro-americane, se întîlnesc extrem de rar la nativii africani sau în populația rurală din India ;

— perversiunile sexuale sînt diagnosticate în funcție de convenții sociale specifice : homosexualitatea este instituționalizată la unele populații arabe (PARHAD), nefiind considerată un semn de boală, iar la indienii Urubi din Brazilia de est, expunerea indecentă a unui bărbat nu reprezintă ceva neobișnuit (CARSTAIRS).

În privința rolului de stres pe care îl pot juca factorii culturali, se admite că aceștia pot acționa asupra sănătății mintale prin maniera diferită în care sînt percepute valorile existente (stresul urbanizării), cel coexistent (interacțiunea minorităților rasiale, etnice și religioase cu majoritatea dominantă a populației) și cele datorate schimbării valorilor (stresul reprezentat de industrializare, gradul crescut de socializare a populației).

Referitor la psihopatologie, eforturile cercetătorilor au fost mult îngreunate, de la început, de definițiile extrem de variate ale simptomului în funcție de contextul cultural, același simptom putînd avea diferite accepțiuni. Diferitele tablouri clinice au fost destul de dificil de încadrat în tiparele psihiatriei clasice sau mai moderne, unele dintre ele rămînînd entități ca atare, expresii ale fondului cultural pe care au apărut. Astfel, a fost descris un număr mare de stări psihotice reactive (ELLENBERGER, citat de H. EY), sub forma:

- reacțiilor agresive difuze („calentura" cunoscută la marinarii din secolele al XVIII-lea și al XIX-lea, cuprinși de un fel de „frenezie" subită, cu un caracter frecvent epidemic);
- reacțiilor difuze ceremonializate (la vechile populații scandinave sau binecunoscutul „Amok" al malaezilor);
- crimelor „reflexe" (la populațiile impulsive și războinice dar și la cele civilizate);
- psihozelor Windigo, descrise la anumite triburi indiene din Canada;
- morții psihogene lente, descrise ca o combinație între dragoste și boală la populațiile japoneze și polineziene și, sub numele de „nostalgie", la prizonierii din timpul celui de al doilea război mondial și la emigranți.

PÉLICIER remarcă frecvența crescută a tablourilor psihopatologice reunite astăzi în categoria bufeurilor delirante, în zona Antilelor, unde ideile delirante de persecuție se întrețes cu vechile credințe despre vrăjitorie, căpătînd frecvent semnificația unei reacții la eșec, la frustrare.

În schimb, la populațiile africane, tablourile depresive grave îmbracă uneori masca unui delir paranoiac de persecuție însoțit de agitație psihomotorie, rezultate în mai mare măsură din bogăția fenomenelor de proiecție și mai puțin din suferința interioară, acompaniate de zgomotoase expresii corporale („limbajul corpului").

Deși ideea existenței unor nevroze „specifice" diverselor popoare sau populații nu poate fi admisă ca atare, EY citează lucrările unor autori din Germania, Țările Scandinave, Olanda și Flandra, care descriu așa-numita „nebunie a curățeniei", „vertijul de Kayak" la eschimoși, nevrozele de imitație la populațiile din Java, Filipine, cele sub-sahariene, siberiene și japoneze, crizele de anxietate cu fobii și obsesii „Koro" la populațiile malaeziene, indoneziene și din sudul Chinei (→ETNOPSIHIATRIE).

Domeniul personalităților dizarmonice (psihopatice) cunoaște interferențe culturale semnificative, care rezidă în deosebirile existente în sistemul de credințe și obiceiuri locale, în concepția privind marginalizarea bolnavului psihic, în toleranța socială față de anumite conduite deviante. Personalitățile transsexuale, profetul și criminalul fanatic sînt cîteva tipuri de dizarmonii structurale care au cunoscut diverse forme de manifestare în cadrul diferitelor culturi sau în sînul aceleiași culturi.

Transsexualismul a fost observat, în secolul nostru, la unele triburi „moderne" din America de Nord, în Siberia, Madagascar și Polinezia, ca fiind un factor asociat calităților șamanice, ritualizate, cvasi-religioase.

Bizanțul, vechea Rusie și chiar țara noastră au cunoscut și încurajat, la vremea respectivă, un număr de „nebuni sfinți", cărora li se permitea să exercite un rol de profeți și vindecători în rîndurile populației, situații particulare în care bolii psihice i s-a conferit statut de funcționalitate (de exemplu, celebrele personaje Rasputin, Petrache Lupu etc.).

În privința schizofreniei, este evident că tematica delirurilor este influențată și colorată de credințe și tradiții culturale, formele de boală fiind „mai tăcute" la populațiile primitive africane decît la cele occidentale, mai puțin agresive în India decît în sudul Italiei, unde sînt mai expresive și mai încărcate afectiv decît în SUA, izolarea socială fiind unul dintre ultimele simptome descrise la schizofrenii italieni (PARSONS).

În jurul anilor '70 se afirma că „incidența universală a bolii există împotriva oricăror argumente privind specificitatea factorilor de mediu și psihologici în apariția bolii", în ciuda rezultatelor care relevau o incidență foarte diferită a schizofreniilor, de exemplu, la emigranții nord-americani față de evreii și nonevreii din Europa. Absența unor criterii de diagnostic, diferențele între un clinician și altul, dintre o școală de psihiatrie și alta, confuzia între schizofrenie, psihozele afective, schizofrenia pseudonevrotică și psihozele acute reactive au constituit frîne în progresul studiilor transculturale (eliminate în cea mai mare parte în prezent prin clasificările oferite de OMS—ICD 9 și Asociația Americană de Psihiatrie — DSM III și DSM III R).

Pot fi menționate (după B. M. MURPHY) cîteva cercetări de referință care, deși nu s-au finalizat prin argumente pozitive pentru determinismul cultural în schizofrenie, au contribuit la relevarea caracterului universal al bolii :

- Studiile care au avut drept rezultat observarea unei incidențe crescute a schizofreniei la populația irlandeză și din Croația de sud-vest, populații la care originea genetică este evident diferită, iar explicațiile (nesatisfăcătoare) au constat în prezentarea unor conflicte intrapsihice cronice (ambivalența maternă în familie, ce antrenează reacții de apărare continuă din partea copiilor nefavorizați, atitudinile sexuale necorespunzătoare, tensiunile între generații), putînd conduce la exacerbarea anumitor tipuri de conflicte interpersonale ;
- Studiile efectuate asupra unor populații cu incidență scăzută a schizofreniei : huteriții (minoritate religioasă în comunitățile fermelor din preeriile nord-americane), tanganii (populație polineziană) și triburile aborigene din Taiwan. Toate aceste grupuri beneficiau de diferite condiții, tipuri de alimentație, contractau infecții intercurente cu o anumită frecvență, suportau acțiunea unor anumiți factori de mediu, avînd o viață comunitară structurată ierarhic, un respect puternic față de tradiții, convingeri religioase fundamentale care includeau principiul minimalizării valorilor materiale, cu resurse naturale suficiente pentru trai. Toți acești factori (alături de alții neidentificați) deosebeau semnificativ populațiile respective de cele la care se depistase o incidență crescută a schizofreniei, dar nu ofereau explicații convingătoare ;
- Studiile efectuate asupra refugiaților europeni în SUA după cel de-al doilea război mondial, care au indicat o creștere marcată a cazurilor de schizofrenie, deși acestea au fost relativ puține în timpul internării în lagărele de concentrare ;
- Studiile care au urmărit variațiile înregistrate în tipul de evoluție și remitere a schizofreniei, constatînd că remisiunile erau mai bune la populațiile din India și Africa, în timp ce în țările avansate economic remisiunile erau, de regulă, de mai slabă calitate. S-a luat în discuție posibilitatea ca, în aceste cazuri, să fi existat o confuzie de diagnostic cu psihozele reactive, ceea ce ar fi putut explica buna calitate a remisiunilor din țările mai puțin dezvoltate economic ;
- Studiile axate asupra simptomatologiei diferitelor forme de schizofrenie, care au indicat existența unor caracteristici similare, atît în țările dezvoltate, cît și în cele mai puțin dezvoltate, a unui fenomen de creștere a simptomelor paranoide față de scăderea celor catatonice (datele se referă la perioada 1930—1950 și la țările occidentale), cu descreșterea ideilor de grandoare în mediul urban și a celor de gelozie la populațiile euro-americane, în comparație cu cele asiatice. Se constată totodată declinul conținutului religios al delirurilor și ascensiunea puternică a celui științific, reflectînd schimbările petrecute în gîndirea populației planetei și nicidecum transformări la nivel psihopatologic. În privința evoluției, a reieșit că forma simplă a schizofreniei are cel mai ridicat potențial de cronicitate, ceea ce contrazice păreri mai vechi, care atribuiau acest caracter schizofreniei paranoide.

Studiile pe loturi mici de bolnavi schizofreni, aparținînd unor subculturi diferite cuprinse în cadrul aceleiași societăți, ar putea aduce date valoroase privind diferențele transculturale, așa cum au încercat să sugereze OPLER și SINGER în cercetările efectuate pe tineri schizofreni irlandezi și italieni, precum și pe germani și polonezi emigrați în SUA.

Asociațiile cele mai evidente, reieșite din studiile menționate, între simptomele de tip schizofren și grupurile culturale respective, sînt prezentate în următorul tabel (MURPHY) :

TABELUL CXCIII

Simptome de tip schizofren	*Corelații socioculturale*	*Probabilitatea riscului de eroare*
1	2	3
— forma paranoidă de schizofrenie	cel mai frecvent în clasele mijlocii din mediul urban	0,05
	cel mai rar la populațiile rurale	0,05
— forma catatonică de schizofrenie	cel mai rar la euro-americani	0,05

TABELUL CXCIII (continuare)

1	2	3
— forma hebefrenică de schizofrenie	cel mai frecvent la japonezi	0,05
— forma simplă de schizofrenie	cel mai frecvent la asiatici	0,01
— halucinații vizuale	cel mai frecvent în Africa și Orientul Apropiat	0,05
	cel mai rar la populațiile urbane euro-americane	0,01
— halucinații tactile	cel mai frecvent în Africa și Orientul Apropiat	0,10
— delirul de grandoare	cel mai frecvent la populațiile rurale	0,001
	cel mai frecvent la populațiile creștine	0,01
— delirul de distrugere	cel mai frecvent la populațiile creștine	0,01
— delirul religios	cel mai frecvent la populațiile creștine	
	cel mai rar la budiști, hinduși și shintoiști	0,01
— delirul de gelozie	cel mai frecvent la populațiile Asiei	0,05
— depersonalizarea	cel mai rar la populațiile rurale	0,01
— aplatizarea afectivă	cel mai frecvent la japonezi	0,01
	frecventă la populațiile sud-americane	0,05
— izolarea socială	cel mai frecvent la japonezi	0,01
— negativismul	cel mai frecvent în India și America de Sud	0,001
	cel mai frecvent în Africa și America de Sud	0,05
	cel mai rar în culturile anglo-saxone	0,05
— actele stereotipe	cel mai frecvent la populația Indiei de Est	0,05
	cel mai rar la euro-americani	0,001
— rigiditatea catatonică	cel mai frecvent la populația Indiei de Est	0,01
— comportament suicidar	cel mai frecvent la japonezi	0,001
— crize de mînie	cel mai frecvent la populațiile creștine	0,05

Preocupările OMS, consacrate aspectelor transculturale ale psihiatriei s-au concretizat în anii 1973—1979 în *Studiul-pilot internațional asupra schizofreniei*, care a urmărit evaluarea stării psihice a peste 1 200 de bolnavi din nouă țări, cu ajutorul metodelor standardizate. Dintre aceștia, au fost selecționați 256 de bolnavi depresivi, în scopul comparării lor cu grupele de schizofreni, demonstrîndu-se că este posibilă punerea la punct a metodelor necesare evaluării pacienților suferind de tulburări mintale grave — inclusiv depresia — în cadrul diferitelor contexte culturale.

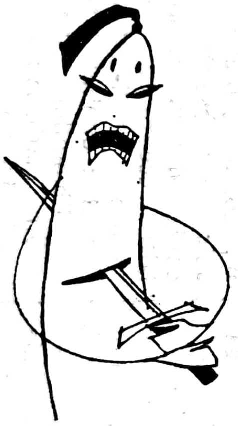
Posibilitățile ameliorării tratamentului depresiei, în cadrul măsurilor generale de ocrotire a sănătății în ultimul deceniu, au fost examinate în contextul unor cercetări de anvergură asupra introducerii secțiilor de sănătate mintală în cadrul serviciilor de asistență primară, pe o perioadă de șapte ani, în țările aflate în curs de dezvoltare: Brazilia, Columbia, Egipt, India, Filipine, Senegal și Sudan.

Motivația acestor studii de amploare a constat în afirmația că, în fiecare an, în lume cel puțin 100 de milioane de indivizi dezvoltă o stare depresivă identificabilă clinic, valoarea cifrelor putînd fi și mai mare.

Creșterea speranței de viață în cele mai multe țări, antrenînd creșterea numărului absolut și relativ al celor care riscă să sufere de tulburări depresive, expunerea unui procent din ce în ce mai mare din populație la stresul psihosocial acut sau prelungit, ocazionat de transformările rapide ale mediului fizic și social, predispunînd la reacții depresive, îndreptățesc aceste considerații.

Ascensiunea pe scara morbidității a bolilor cardio-vasculare, bolilor de colagen, bolilor gastro-intestinale, bolilor cerebro-vasculare și a altor tulburări neurologice a dus, concomitent, la creșterea numărului de reacții depresive care pot însoți aceste afecțiuni, apreciate la o proporție de 20% din totalitatea cazurilor (SARTORIUS, 1976).

Odată cu creșterea longevității, se remarcă sporirea numărului de tulburări depresive pe fond organic cerebral, ca de altfel și incidența ridicată a tulburărilor depresive somatogene. Lipsesc, pînă în prezent, date care să ateste o eventuală diminuare compensatorie a depresiei somatogene ce însoțește bolile acute organice, ca de exemplu bolile infecțioase.



În fine, nu se poate neglija că un considerabil număr de tulburări depresive se datoresc abuzului de alcool și folosirii unei întregi game de medicamente (MULLINGER ș.a., 1978, CRAIG și van NATTA, 1978); se știe că anumite substanțe consumate în mod regulat grăbesc apariția depresiei sau îi accentuează intensitatea (sedativele și tranchilizantele, unele hipotensoare, produsele hormonale).

În ultimele decenii, specialiștii admit că subiecții suferinzi de depresie sînt mult mai numeroși decît cei care solicită îngrijiri pentru acest motiv (partea ascunsă a „aisbergului" – SHEPHERD, 1979), reprezentînd pînă la 98% din membrii unei colectivități. Punerea diagnosticului de depresie se face mai ușor de către medici, probabil în speranța eficienței unui tratament corespunzător; noi noțiuni de diagnostic, ca de exemplu cea a depresiei mascate, cîștigă o audiență din ce în ce mai largă, includerea a noi și noi cazuri printre tulburările depresive augmentînd datele statistice ale depresiei (KIELHOLZ, 1979).

O anchetă întreprinsă în mai multe țări europene printre medicii generaliști (PÖLDINGER, 1974) a furnizat rezultate care reprezintă, probabil, efectul conjugat al tuturor tendințelor menționate mai sus. Între 73–90% dintre medicii interogați în Austria, Germania, Franța și Elveția au răspuns pe baza experienței lor proprii cotidiene, semnalînd o creștere a depresiei, cei mai mulți dintre ei afirmînd că cel puțin 10% dintre bolnavii pe care-i examinau într-un an prezentau tulburări depresive.

Tulburările depresive au constituit în ultimii ani obiectul unor cercetări în cadrul programelor OMS, conduse de personalități de prestigiu (N. SARTORIUS, H. DAVIDIAN, G. ERNBERG, F. R. FENTON, I. FUJII, M. GASTPAR, W. GULBINAT, A. JABLENSKY, P. KIELHOZ, H. E. LEHMANN, M. NARAGHI, M. SHIMIZU, N. SHINFUKU, R. TAKAHASHI). Promovarea unui limbaj comun prin intermediul acțiunilor de standardizare a diagnosticului și al clasificării în psihiatrie, elaborate în cadrul capitolului de tulburări mintale al ICD 9 (1978), a permis psihiatrilor de formație diferită să utilizeze tehnicile în mod identic și fiabil. Astfel, s-au putut pune în evidență numeroase caractere comune ale bolnavilor depresivi, provenind din țări foarte diferite din punct de vedere cultural, grupul acestora deosebindu-se net de cel al bolnavilor schizofreni atît prin simptomatologie, cît și prin prognostic.

Un astfel de studiu, încheiat în 1983, prin contribuția unor centre de cercetare din Basel, Montreal, Nagasaki, Tokio și Teheran, a relevat, printre altele, și următoarea repartiție a cotelor pozitive pentru simptomele depresiei:

TABEL CXCIV

	Basel (Elveția)	*Montreal (Canada)*	*Nagasaki (Japonia)*	*Teheran (Iran)*	*Tokyo (Japonia)*	*Toate centrele*
0	1	2	3	4	5	6
Simptome prezente la 76—100% din cazuri	tristețe ; absența sentimentului de bucurie ; anxietate ; tensiune ; lipsa energiei ; alterarea comportamentului social ; dezinteres ; pierderea capacității de concentrare ; idei de incapacitate ; insomnie de adormire ; lipsa poftei de mîncare ;	tristețe ; absența sentimentului de bucurie ; disperare ; anxietate ; lipsa energiei ; alterarea comportamentului social ; dezinteres ; pierderea capacității de concentrare ; idei de incapacitate	tristețe ; absența sentimentului de bucurie ; anxietate ; tensiune ; lipsa energiei ; alterarea comportamentului social ; bradipsihie ; dezinteres ; pierderea capacității de concentrare ; idei de incapacitate ; încetinire psihomotorie ; insomnie de adormire ; somn agitat, neregulat ; senzații de opresiune și dureri ;	tristețe ; absența sentimentului de bucurie ; anxietate ; lipsa energiei ;	tristețe ; absența sentimentului de bucurie ; anxietate ; pierderea capacității de concentrare ;	tristețe ; absența sentimentului de bucurie ; anxietate ; tensiune ; lipsa energiei ; dezinteres ; idei de incapacitate ;
Simptome prezente la 51—75% din cazuri	disperare ; agresivitate, iritabilitate ; bradipsihie ; idei de culpabilitate ; idei suicidare ; încetinire psihomotorie ; absența contactelor sociale ; accentuarea simptomelor dimineața ; diminuarea libidoului ; trezire ;	agresivitate, iritabilitate ; bradipsihie ; modificarea perceperii timpului ; idei de culpabilitate ; idei suicidare ; încetinire psihomotorie ; diminuarea libidoului ; insomnie de adormire ; somn agitat și neregulat ; lipsa	modificarea perceperii timpului ; hipocondrie ; idei suicidare ; absența contactului cu ceilalți ; accentuarea simptomelor dimineața ; diminuarea libidoului ; trezire matinală ; modificări ale greutății ; constipație ;	tensiune psihică ; agresivitate, iritabilitate ; alterarea comportamentului social ; dezinteres ; pierderea capacității de concentrare ; modificarea perceperii timpului ; agitație psihomotorie ; absența contactelor sociale ; insomnie de adormire ; somn agitat și neregulat ; lipsa	disperare ; tensiune psihică ; agresivitate, iritabilitate ; bradipsihie ; dezinteres ; idei de incapacitate ; trezire matinală ; insomnie de adormire ; lipsa poftei de mîncare ; lipsa deciziei ;	disperare ; agresivitate, iritabilitate ; alterarea comportamentului social ; bradipsihie ; lipsa deciziei ; modificarea perceperii timpului ; idei suicidare ; încetinire psihomotorie ; absența contactelor sociale ; diminuarea libidoului ; trezire matinală ; insomnie de adormire ; somn agitat și ne-

	matinală ; somn agitat şi neregulat ; constipaţie ; senzaţie de durere şi opresiune ; lipsa deciziei ;	poftei de mîncare ; lipsa deciziei ;		poftei de mîncare ; modificarea greutăţii ; senzaţii de durere şi opresiune ; lipsa deciziei ;		regulat ; lipsa poftei de mîncare ; modificarea greutăţii ; senzaţii de durere şi opresiune
Simptome prezente la 26—50% din cazuri	hipocondrie ; agitaţie psihomotorie ; modificarea greutăţii ;	agitaţie psihomotorie ; accentuarea simptomelor dimineaţa ; trezire matinală ; constipaţie ;	idei de culpabilizare ; idei de ruinare ; idei de persecuţie şi urmărire; agitaţie psihomotorie ; constipaţie ;	disperare ; bradipsihie ; sentimente de culpabilizare ; idei suicidare ; idei de persecuţie şi urmărire ; încetinire psihomotorie ; accentuarea simptomelor dimineaţa ; diminuarea libidoului ; senzaţie de opresiune şi durere ;	modificarea perceperii timpului ; sentimente de culpabilizare ; hipocondrie ; idei suicidare ; încetinire psihomotorie ; accentuarea simptomelor dimineaţa ; diminuarea libidoului ; somn agitat, neregulat ; modificarea greutăţii ; senzaţie de opresiune şi durere	idei de culpabilizare ; hipocondrie ; agitaţie psihomotorie ; accentuarea simptomelor dimineaţa ; constipaţie
Simptome prezente la 1—25% din cazuri	idei de persecuţie şi urmărire ; idei de culpabilizare ; idei hipocondriace ; delir de ruinare ; accentuarea simptomelor seara ;	hipocondrie ; idei de ruinare ; idei de persecuţie şi urmărire ; idei de culpabilizare ; delir hipocondriac ; delir de ruinare ; acentuarea simptomelor seara ;	delir de culpabilizare ; delir hipocondriac ; delir de ruinare ; accentuarea simptomelor seara ;	hipocondrie ; idei de ruinare	idei de ruinare ; idei de persecuţie şi urmărire ; delir de culpabilizare ; delir hipocondriac ; absenţa contactelor sociale ; accentuarea simptomelor seara ;	idei de ruinare ; idei de persecţie şi urmărire ; delir de culpabilizare ; delir hipocondriac ; accentuarea simptomelor seara ; delir de ruinare
Absente	modificarea perceperii timpului ;	modificarea greutăţii ;	agresivitate, iritabilitate ;	delir de culpabilizare ; delir hipocondriac ; delir de ruinare ;	delir de ruinare ;	—

Problemele particulare pe care le ridică fenomenul emigrării în cadrul psihiatriei transculturale au fost abordate de J. C. SCOTTO, M. BOUCEBCI, J. N. TROUVE (1983), cu referire specială la cei aproximativ o jumătate de milion de emigranţi din Franţa proveniţi din ţările Maghrebului (Maroc, Tunisia, Algeria).

Se poate vorbi de o veritabilă „patologie a transplantării", alcătuită din patologia de adaptare (criza de identitate a tînărului, nevroza invalidantă a adultului mediu etc.). Autorii scot în evidenţă rolul pe care il joacă efortul activ de coabitare în cadrul acestui nou tip de patologie, la care se adaugă. tulburări de achiziţie, reprezentate de reproducerea schemelor de reacţii patologice conform culturii ţării gazdă, prin fenomenul de aculturaţie. Astfel, reperele de identificare a persoanei în dezvoltare capătă în condiţiile emigrării o nouă semnificaţie, ca dealtfel şi procesul de reînnoire pe care il suferă lumea interioară a subiectului în condiţiile interiorizării unei noi lumi exterioare. Totodată, are loc un fenomen de reactivare a mecanismelor de apărare, ceea ce duce la complicarea relaţiilor interpersonale, şi aşa marcate de un grad iniţial de dificultate. Apărînd ca nişte dezrădăcinaţi, suferind permanent nostalgia suportului şi integrării pe care le-o asigura societatea de origine, mai mult, mai puţin sau deloc pregătiţi pentru comunicarea prin noi şi diferite coduri, pentru desfăşurarea muncii în condiţiile oferite de noile tehnologii, emigranţii se văd nevoiţi să se confrunte cu o întreagă lume care oferă condiţii de viaţă „complexe şi dure" pentru indigenii înşişi.

În cadrul acestei patologii a emigrării, la femeia matură pot surveni sentimentele de tristeţe, pesimism, inhibiţie afectivă, evoluînd de-a lungul mai multor ani, deseori tacit, nefiind rare crizele de anxietate şi tentativele de suicid. Suferind de o „nostalgie" patologică, ea întîmpină greutăţi deosebite în exercitarea rolului educativ asupra propriilor copii, oscilînd între modernismul cotidian şi autoritatea tradiţională a tatălui.

Tinerele fete recurg la tentativa de suicid (frecvent prin ingestia de psihotrope), ca arhetip de comportament. cu ocazia unei crize de adolescenţă provocate de impactul dintre comunicarea cu părinţii (respectiv tatăl) şi dorinţa de identificare cu omoloagele lor autohtone (îmbrăcăminte, coafură, machiaj, mod de viaţă, distracţii).

După cum subliniază autorii, tentativa de suicid reprezintă, în acest caz, criza decisivă pentru stabilizarea unei personalităţi dezadaptate.

Fuga, delincvenţa, actele heteroagresive reprezintă la băieţii adolescenţi o expresie a eşecului de inserţie în noua societate şi în raporturile cu ceilalţi, ca şi a conflictului cu o autoritate parentală presantă şi insuficient fondată.

Echivalenţele depresive de tipul reacţiilor delirante acute apar mai frecvent la emigranţii recenţi (în primul an) şi mai ales la tineri, manifestîndu-se cu brutalitate, ca o explozie delirant-halucinatorie, cu teme de persecuţie şi devalorizare, asociate sau nu cu fenomenul depersonalizării. Cu un caracter reactiv evident, aceste manifestări au, de obicei, o evoluţie favorabilă şi răspund bine la antidepresive, deşi polimorfismul semiologic poate furniza erori de diagnostic.

Stările depresive cu expresie somatică nu au specificitate, dar sînt frecvent întîlnite la populaţiile emigrate din Maghreb, la vîrstele de 30—50 de ani şi mai ales la muncitorii necalificaţi şi celibatari.

Sînt asociate/precedate de tulburări psihosomatice (ulcer gastric, ulcer duodenal, dermatoze, tulburări funcţionale diverse) sau acompaniază o stare reactivă, declanşată de un traumatism psihic sau fizic, care îmbracă deseori aspectul sinistrozei.

Evoluţia este lungă, trenantă, rebelă la tratament, prefigurînd deseori perenizarea simptomelor de invalidare.

Veritabilă patologie transculturală, patologia psihică a emigranţilor se află la confluenţa unei suferinţe psihosociale aparţinînd în egală măsură ansamblului colectivităţii de emigranţi, dar şi fenomenologiei individuale.

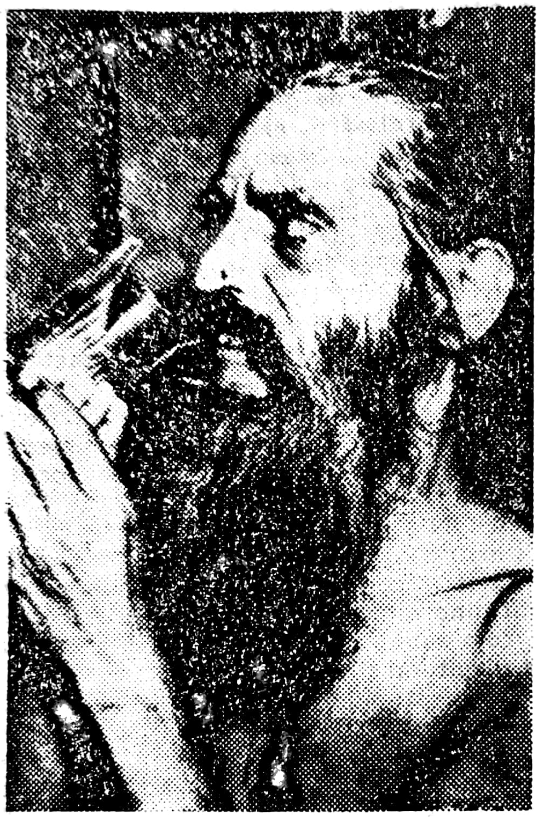
Un alt capitol cu care se confruntă psihiatria transculturală este reprezentat de modalităţile diferite de răspuns la tratament.

În societăţile de tip primitiv, tratamentul bolnavilor psihici este în mare parte asigurat de personal nemedical (vindecători religioşi sau grupuri de cult) ale cărui terapii se bazează pe proceduri fondate pe credinţe animiste, menite să înlăture posesia spiritelor rele, a demonilor sau vrăjitoriilor.

Răspunsul la terapiile nespecifice este dificil de evaluat prin studii transculturale. Cercetările cunoscute pînă în prezent au relevat, de exemplu, că populaţia neagră şi albă din SUA nu diferă semnificativ în ceea ce priveşte răspunsurile la tratamentul cu fenotiazine, dar în studiile de tip placebo, populaţia neagră a a realizat rezultate mult mai bune, beneficiind se pare de orientări socioculturale de valoare în sensul relaxării şi al descărcării tensiunilor (MURPHY).

Studiile au relevat rezistenţa acestor populaţii de tip primitiv la metodele psihoterapeutice de tip occidental, cum este psihanaliza, și preferința japonezilor pentru terapia Morita. De asemenea, în timp au fost înregistrate modificări de ordin socio-cultural în ceea ce privește încercările de a introduce terapia de grup de tip anglosaxon în țările de limbă latină.

Cît privește terapiile biologice, ele sînt universal folosite, deși tipurile de medicamente și dotarea tehnică diferă uneori.



S-a dezvoltat o adevărată psihofarmacologe transculturală, disciplină care caută să determine importanța și gradul în care sînt legate între ele variabilele socioculturale, de mediu, genetice, biologice, fiziologice în cadrul practicii și cercetării psihofarmacologiei (TURAN ITIL și BARRY REISBERG). Există încă grupuri religioase care interzic venipuncția, culturi care nu acceptă autopsia, ca și societăți autoritariste în care studiile dublu-orb pot fi considerate ca un afront adus integrității morale a cercetătorului.

Factorii nutriționali și ai diverselor regimuri alimentare reprezintă o dovadă excelentă a ceea ce înseamnă impactul cultural asupra fenomenelor biochimice.

Este cunoscut că PH-ul urinar variază cu proporția proteinelor animale și a vegetalelor consumate în alimentație, excreția urinară a amfetaminelor diferă în funcție de raportul între aciditatea și alcalinitatea urinii (și exemplele pot continua) ; tot astfel, se știe că unele sindroame depresive, paranoide sau maniacale, psihoze delirante și chiar sindromul demențial pot apărea în anemia pernicioasă, tulburările clinice fiind remisibile sub tratamente cu vitamina B_{12}, al cărei aport prin alimentație poate fi influențat fie de modul deficitar în care se realizează aceasta, fie de ingestia de alcool.

Diferențele între metabolizarea diferitelor medicamente, în farmacodinamie, farmacocinetică și biodisponibilitate pot fi rezultatul unor diferențe genetice. În privința metabolizării clorpromazinei, s-au pus deja în evidență variații interumane în excreția substanței, ca și a remarcabilelor diferențe de nivel plasmatic. S-au observat unele deosebiri pe plan etnic privitoare la un mic număr de metaboliți fenolici ai clorpromazinei care nu au fost conjugați — motiv invocat de diferențele de apariție a efectelor secundare ale clorpromazinei la populațiile albe, negre și asiatice.

Alți factori implicați în folosirea unor doze diferite ar putea fi interacțiunea psihotropelor cu alte medicamente (barbituricele, hidantoina, hormonii steroizi cresc producerea proteinelor microsomale și induc enzimele de metabolizare a celorlalte medicamente ; barbituricele cresc excreția urinară a clorpromazinei, ceea ce poate fi rezultatul unei activări enzimatice suplimentare, iar antiacidele interferează absorbția clorpromazinei).

Dificultatea aprecierii efectului terapeutic în studiile comparative este considerabilă, acesta fiind în strînsă relație cu opțiunile pe care le face medicul pentru pacientul său, cu tipul de farmacoterapie aleasă, cu climatul terapeutic al fiecărei unități psihiatrice, cu celelalte terapii sociale asociate.

După cum semnalează H. B. M. MURPHY, în mod paradoxal, cele mai bune remisiuni sînt observate nu în centrele cu accesibilitate crescută la tratament, ci în cele la care aceasta este scăzută. Deși soluțiile terapeutice sînt la fel de bune, indiferent de țară sau cultură, s-au observat totuși unele fenomene interesante : folosirea unor doze excesiv de mari de psihotrope (neuroleptice, în special), în unele țări, nu a dus la efectele secundare constatate în alte țări ; relativa susceptibilitate a unor simptome la unele medicamente variază de la o societate/cultură la alta, ca și așa-numitele efecte paradoxale ; răspunsurile diferite la așa-zisele terapii nespecifice (psihoterapie, socioterapie), în diferitele culturi.

Astfel, studiile comparative ale lui DENBER pe cazuri de schizofrenie internate la

New York și Erlangen (Germania) au indicat că bolnavii din primul grup au primit doze de cinci ori mai mari de butirperazine și au prezentat cu 30% mai puține reacții extrapiramidale și nici o distonie datorată efectelor secundare ale neurolepticelor.

De asemenea, cercetări comparative efectuate pe pacienți schizofreni din Turcia și SUA, SUA și Ungaria, Ungaria și Canada, au relevat necesitatea unor doze mici de neuroleptice în primele țări, comparativ cu celelalte ; corelația nu se făcea cu anumite simptome, ci cu activitatea EEG.

S-a mai observat că bolnavii schizofreni din New York aveau nevoie de doze de două ori mai mari decît cei din Liège (Belgia) pentru un anumit efect terapeutic, dar frecvența de apariție a efectelor secundare era redusă la jumătate.

ITIL și alții au sugerat că aceste diferențe ar putea fi explicate prin relativa cronicitate a bolii în populațiile respective, bolnavii reprezentînd un grup „rezistent la tratament“, care necesită doze mai mari de neuroleptice, iar modificările EEG descrise de BENTE aveau o semnificație virtual patognomonică pentru evoluția cronică a grupului studiat. În fine, reacțiile distimice se observă mai frecvent în faza de început a medicației neuroleptice, avînd tendința de a dispărea pe parcursul ei.

Cercetătorii au admis că, în orice caz, vechimea tratamentului, tipul de medicamente, durata tratamentului, dozele zilnice, medicația asociată și răspunsul la tratament reprezintă elemente de bază în studiile de farmacologie transculturală. Absența efectelor extrapiramidale la unele din populațiile studiate ar fi putut fi explicată și prin insuficienta instruire a familiilor respectivilor bolnavi, ele atribuind eventual aceste manifestări deteriorării pacientului.

După HOLISTER, nu ar exista mecanisme de bază în apariția efectelor secundare care să fie rezultatul unor diferențe culturale, etnice sau naționale, dar autorul admite că ele pot fi influențate de stilul de viață.

În explicarea acestor fenomene a fost incriminată expunerea anterioară a unor subiecți la administrarea altor medicamente, tipuri diverse de elemente aditive etc., care stimulează procesele de detoxifiere hepatică (ceea ce în America de Nord se întîmplă mai frecvent decît în Europa). Ipoteza este însă infirmată de studiile comparative pe pacienți schizofreni din Java și Germania, care au indicat că răspunsul la fenotiazinele injectabile nu a diferit semnificativ, ca și de cercetările într-un spital din Djakarta, care au constatat că evoluțiile formelor de schizofrenie erau mai bune și mai rapide la populațiile chineze decît la cele indoneziene (supuse aceluiași tratament), pe cînd ostilitatea și dezorientarea se dezvoltau mai rapid la chinezi. În acest caz, au fost invocate tipurile diferite de educație pe care societatea o exercita asupra membrilor ei în privința prezentării la consultația medicală (factor strîns corelat și cu eficiența psihoterapiei) și a gradului variat de acceptare a experiențelor psihice particulare.

Se citează și frecvența reacțiilor paradoxale la farmacoterapia anxiolitică la populația athabaskan din Alaska, probabil ca efect al unei arhaice educații de permanentă alertă, de învingere a relaxării, pentru a putea face față mediului specific, agresogen.

În privința răspunsului la antidepresive, s-a constatat că subiecții aparținînd diferitelor grupuri etnice par să reacționeze în mod diferit la medicația specifică și chiar dozele necesare obținerii unui rezultat terapeutic favorabil variază în funcție de țară, diferențele de climă, starea de nutriție și alte particularități ale bolnavilor.

Studiile diferitelor centre de cercetare pe plan mondial s-au orientat astfel spre aspectele genetice și biochimice ale mecanismelor tulburărilor depresive (COPPEN ș.a., 1977 ; GERSHON ș.a., 1980).

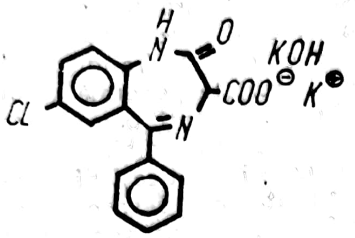
Psihiatria transculturală reprezintă deci o nouă arie în continuă dezvoltare a psihiatriei, confirmînd dimensiunile culturale ale acesteia. Așa cum sublinia și H. EY, noțiunea de relativism cultural și psihopatologic care transpare în lumina studiilor amintite nu trebuie să-l înșele pe psihiatru, atrăgîndu-l spre un pol sau spre celălalt. În primul caz, s-ar putea crede în imobilitatea categoriilor nosografice, neglijîndu-se influența culturii asupra simptomelor de boală, iar în cel de-al doilea, s-ar putea considera că tulburările psihice nu sînt altceva decît simple reacții la mediu.

Neîndoios, prin efortul comun al psihiatrilor și progresul realizat în tehnica și metodologia cercetării științifice, viitorul ne va putea oferi noi informații în cunoașterea universului uman, în condiția sa de sănătate și boală.

455. **TRANSDUCȚIE** (cf. lat. *trans* „dincolo“ ; *ducere* „a conduce“) ● Tip de judecată constînd în inferențe de la particular la particular pe baza unor coincidențe. Termenul îi aparține lui W. STERN. Transducția operează prin percepție, imaginație sau imitație, nefolosind scheme conceptuale de acțiune mintală. Este o formă de „raționament“ specific copiilor ; apare și în perturbări psihice grave, care

implică fenomene de regresie la nivelul operațional și al funcțiilor cognitive în genere.

456. **TRANSENE**(M) Italia — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2,2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3-acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele sedativ-hipnotice modeste îi conferă o largă utilizare.



457. **TRANSER**(M) SUA — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic sin. → TRANQUIL(M) Italia.

458. **TRANSFER** (cf. lat. *transferre* „a muta, a transfera") ● În psihanaliză, procesul prin care dorințele inconștiente legate de anumite obiecte se actualizează în cadrul unui tip de relație stabilit cu obiectele respective și în special în cadrul relației analitice, în care prototipuri infantile trăite se repetă, cu un sentiment marcat de actualitate. Problematica unei cure psihanalitice are drept cîmp de manifestare transferul (PONTALIS și LAPLANCHE, 1973).

În psihologie, conceptul este folosit cu următoarele sensuri :

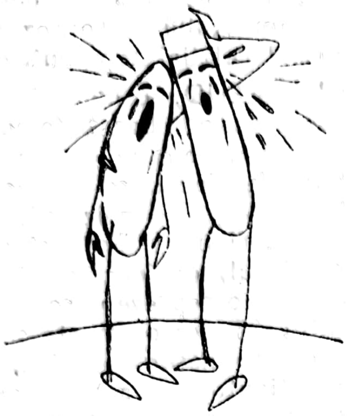
- transfer senzorial (transpunerea unei percepții dintr-un domeniu senzorial în altul) ;
- transfer de sentimente (RIBOT) ;
- transfer în procesul învățării (conduitele învățate, habitudinile specifice unei activități produc ameliorarea exercitării altei forme de activitate, diferite de prima) ; se numește transfer pozitiv.

Transferul, ca proces psihologic, nu privește numai relația analizat-analist, ci și alte categorii de relații : elev-profesor, subaltern-șef, pacient-medic. În aceste cazuri însă, efectele transferului nu sînt analizate și interpretate ; ele pot fi utilizate de partener, dar nu într-un mod direcționat, controlat. Psihanaliștii au extins noțiunea de tansfer, incluzînd în conținutul ei toate fenomenele din cadrul relației analizat-analist. FREUD vorbește despre un transfer de sentimente asupra persoanei medicului („Introducere în psihanaliză"), sentimente care, prin conținutul și originea lor, nu sînt provocate de medic, ci existau în stare latentă. Transferul se manifestă de la începutul tratamentului și reprezintă un resort puternic al relației terapeutice.

În opera lui FREUD, se constată o evoluție a noțiunii de transfer. Legat de vis, autorul vorbește despre „idei/gînduri de transfer", ca modalitate de deplasare a unor dorințe inconștiente, care se deghizează, exprimîndu-se prin materialul unor resturi preconștiente. Transferul, ca fenomen în nevroze, constă în faptul că o reprezentare inconștientă, neputînd intra în preconștient, se cuplează cu o reprezentare nesemnificativă, dar aparținînd preconștientului și astfel reprezentarea inconștientă își transferă intensitatea asupra celei preconștiente ; deci transferul ar avea la origine o deplasare particulară a afectului de la o reprezentare la alta. Analistul ar fi un fel de echivalent al acelor resturi diurne, aflate la dispoziția subiectului. Deocamdată, transferul nu este considerat de FREUD ca esențial în relația terapeutică, termenul fiind folosit la plural („les transferts") pentru a denumi acele „reimpresii, copii ale mișcărilor și fantasmelor care trebuie retrezite și conștientizate". Aspectul lor comun este că substituie persoana medicului unei persoane anterior cunoscute, cu semnificație psihologică importantă în viața pacientului ; ele sînt aceleași, indiferent de faptul că se deplasează asupra analistului sau asupra altei persoane.

În 1912, FREUD face o expunere asupra transferului, arătînd că acesta se leagă de „prototipuri", „imagos" (în special imaginea tatălui, dar și a mamei, a surorii, a fratelui etc.), iar medicul este inclus în rîndul imaginilor deja formate (se asimilează uneia dintre ele).

Transferul se definește astfel ca reactualizare a relației cu figurile parentale și, în acest sens, el conține și o ambivalență a individului în raport cu respectivele personaje (acum distinge FREUD transferul pozitiv și transferul negativ, legat de latura pozitivă și de latura negativă a complexului Oedip). Procesul transferențial devine contradictoriu în momentul în care transferul capătă valoare (sau semnificație) de rezistență în cadrul curei : atitudinea de tandrețe (iubire) a pacientului față de analist devine atît de puternică, încît în ea transpar elemente sexuale, ceea ce antrenează o rezistență internă ; pe de altă parte, există o rezistență de transfer legată de verbalizarea rememorării. Transferul este cîmpul în care se reactualizează problematica subiectului, confruntarea lui cu dorințele și fantasmele infantile : între „exigențele rezistenței și cele ale travaliului de investigare analitică" se naște un compromis, care este transferul.



Analistul nu cedează direct și imediat cerințelor pe care pacientul le manifestă la transfer (cerințe care pot fi intense, tumultoase), dar nici nu le reprimă categoric. El încearcă să-i arate că sentimentele față de terapeut nu fac decît să reproducă o situație anterior trăită, pacientul fiind orientat astfel să caute această situație într-o amintire. Manifestările transferențiale sînt foarte intense cînd „complexul patogen" este aproape ; aceste manifestări se leagă de compulsiunea de repetiție, în sensul că reproducerea situațiilor anterioare, a emoțiilor în transfer reapare (sau are tendința să reapară) cu fidelitate, fără a fi dorită de subiect. Conținutul acestor reproduceri îl formează diferite „fragmente din viața sexuală infantilă, din complexul Oedip și ramificațiile sale". Realitatea psihică transferată constă în dorința inconștientă și fantasmele legate de ea, iar manifestările transferențiale sînt echivalente simbolice ale acestei realități. Maladia pacientului nu este o entitate fixă, ci una mobilă, care se află în mișcare, în dezvoltare ; pe parcursul tratamentului rezultă „neoformații" ale maladiei, strict legate de relația pacient-terapeut. Se dezvoltă o nouă nevroză, care se substituie celei vechi, simptomele subiectului căpătînd semnificații în raport cu analistul. A depăși această „nevroză artificială" odată cu rezolvarea complexului patogen reprezintă sfîrșitul tratamentului. În isterie, isteria de angoasă și nevroza obsesională, transferul are o foarte mare importanță. De aceea FREUD a numit aceste boli „nevroze de transfer". Tendințele refulate care se exprimă în nevrozele de transfer sînt de natură libidinală.

Transferul devine instrument și proces esențial în cura psihanalitică. Vindecarea nu se datorește faptului că bolnavul înțelege mintal, intelectual, ceea ce se produce, inteligența singură nepermițînd acest lucru ; ceea ce determină vindecarea este relația cu analistul. Dacă transferul este pozitiv, atitudinea pacientului față de terapeut devine o „atitudine de credință, iar credința presupune iubire și nu are nevoie de argumente. (...) ...omul nu este accesibil pe latura sa intelectuală decît în măsura în care este capabil de investire libidinală în obiecte.". Tendința de transfer constituie o facultate generală umană. BERNHEIM a afirmat că toți oamenii sînt, într-o măsură sau alta, „sugestibili" (teoria sa privind fenomenele hipnotice). FREUD consideră că „sugestibilitatea" despre care vorbește BERNHEIM este, de fapt, tendința de transfer (excluzînd de aici transferul negativ). „Facultatea de a concentra energie libidinală asupra persoanelor o are orice om normal. Tendința de transfer (...) nu constituie decît o exagerare extraordinară a acestei facultăți generale".

Influența tehnicii analitice asupra pacientului este dată în funcție de gradul său de narcisism. Între „sugestibilitate", sexuallitate, activitatea libidoului există o legătură de dependență. În nevrozele narcisice tratamentul analitic eșuează pentru că pacienții nu au facultatea de transfer (sau o au într-un grad nesemnificativ). Ei nu sînt accesibili influenței venite de la terapeut, pentru că la ei libidoul s-a detașat de obiecte și s-a transformat în libidou al Eului. Așadar, mecanismul vindecării prin tratamentul analitic, constînd în reactualizarea-conștientizarea conflictului patogen și depășirea rezistenței create prin refulare, este un mecanism care se desfășoară prin și în cadrul procesului de transfer. Fără fenomenul transferului, vindecarea rămîne imposibilă.

459. **TRANSFORMARE ÎN CONTRARIU** (cf. lat. *transformare*) ● În psihanaliză, expresia desemnează un mecanism de apărare constînd într-un proces de modificare a scopului pulsional, în sensul că acest scop devine contrariul său, în trecerea de la activitate la pasivitate. Mecanismul este strîns legat de un al doilea mecanism, vizînd schimbarea obiectului pulsional (de exemplu, sadism-masochism, voaierism-exhibiționism). Transformarea în contrariu, ca proces de modificare a scopului unei pulsiuni, implică reintoarcerea asupra propriei persoane, determinată de schimbarea obiectului pulsiunii. Schimbarea obiectului poate fi o etapă intermediară în procesele schimbării scopului (de exemplu, trecerea de

la sadism la masochism implică reîntoarcerea asupra propriei persoane, deci modificarea obiectului către care se îndreaptă agresivitatea) ; pentru a se produce transformarea în contrariu, este necesar ca persoana să aleagă un obiect străin care să intre în rolul persoanei (forma finită a masochismului, unde intervine planul fantastic, în sensul că subiectul transferă, imaginar, activitatea sa pulsională de la o altă persoană). Transformarea în contrariu și reîntoarcerea asupra propriei persoane, ca mecanisme de apărare ce funcționează în cuplu, pot avea și un sens de acțiune invers sensului precizat mai sus (de exemplu, trecerea de la pasivitate la activitate și de la Eu la obiect). După Anna FREUD, aceste mecanisme de apărare s-ar situa printre mecanismele cele mai primitive. Transformarea în contrariu se referă la direcția sau la forma activității pulsionale (de la activ la pasiv sau invers), nu și la conținut ; astfel, transformarea iubirii în ură nu reprezintă un mecanism de transformare în contrariu.

460. **TRANSFORMARE CORPORALĂ$^{(D)}$ delir** (cf. lat. *transformare* „a transforma") ● Delir din grupa delirurilor hipocondriace, în care bolnavul afirmă alterarea, disfuncția sau absența unui organ sau chiar a unor aparate și sisteme în întregime. Organele sînt „zdrobite", „putrezite", „pur și simplu nu funcționează sau au dispărut de la locurile lor". Sîngele și celelalte umori suferă modificări de consistență sau temperatură, țesuturile sînt net modificate. Complicarea cu un delir de enormitate sau cu delirul metabolic este frecventă. Poate fi întîlnit în paralizia generală progresivă, psihoze senile, schizofrenie, depresii etc.

461. **TRANSGRESIUNE** (cf. lat. *transgressio* „trecere, răsturnare a ordinii obișnuite") ● Stare de anxietate circumspectă determinată de fenomene în fața cărora cunoștințele și posibilitățile umane apar ca limitate : moartea, suicidul, nebunia, calamitățile naturale. Fenomenul îmbracă un aspect particular în colectivitățile primitive. Ori de cîte ori evenimente externe se opun ordinii naturale, primitivii reacționează prin manifestări caracteristice grupului (de exemplu, ritualuri).

În psihiatrie, transgresiunea este întîlnită îndeosebi la anumite tipuri de personalitate : anxios, psihastenic.

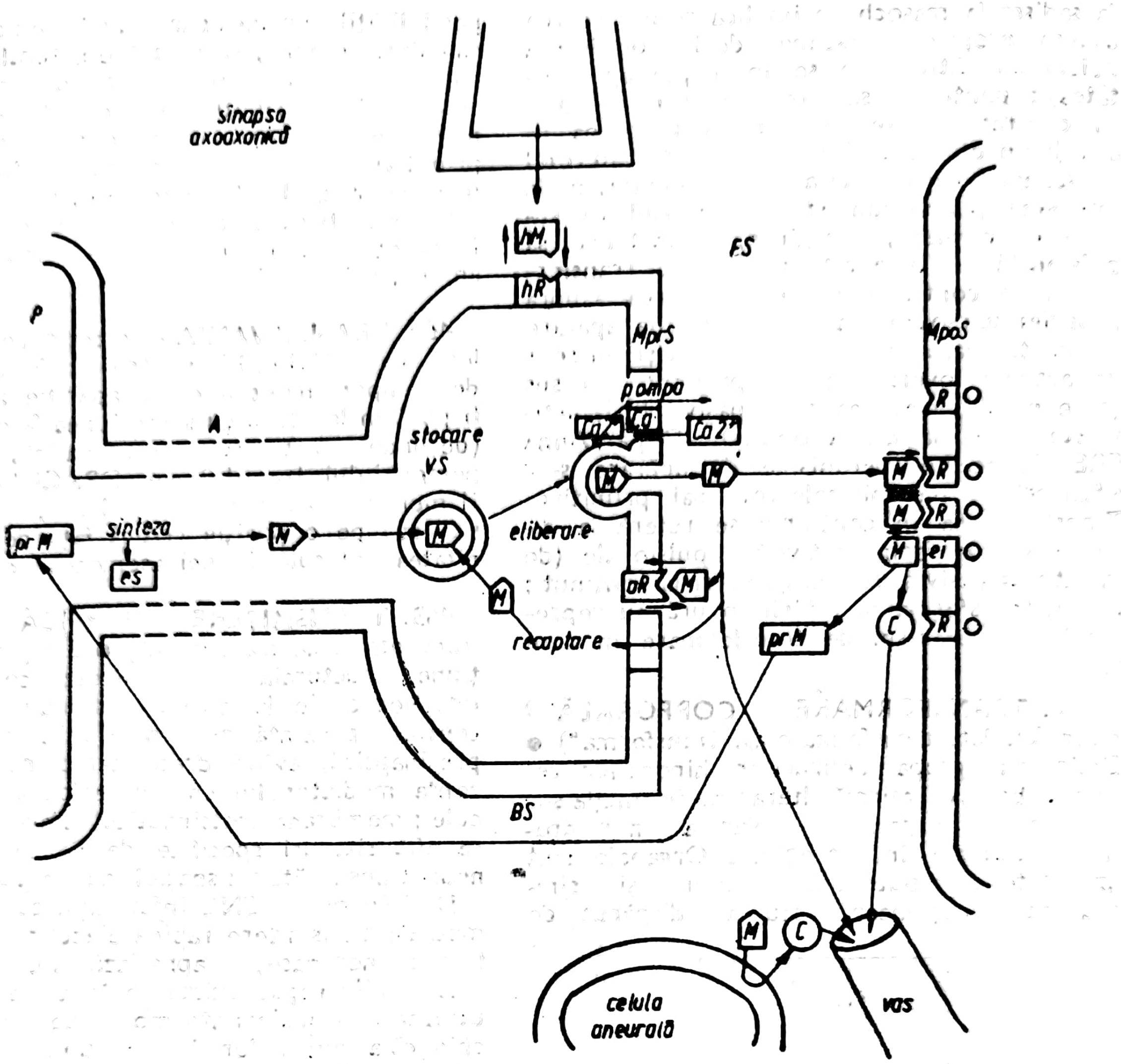
462. **TRANSILVANIA — efect** ● Termen folosit de CAMPBELL pentru unele tulburări de comportament a căror apariție ar putea fi pusă în legătură cu succesiunea fazelor lunii (de unde caracterizarea de „lunatic", atribuită personajului transilvănean DRACULA). Deși îl menționează în dicționarul său, autorul se situează pe o poziție critică față de oportunitatea vehiculării unei asemenea „credințe".

463. **TRANSMITERE SINAPTICĂ** (cf. lat. *transmittere* „a transporta") ● Sinapsa, formațiune structurală care realizează conexiunile interneuronale la nivelul sistemului nervos central, prezintă trei porțiuni : membrana presinaptică, avînd drept caracteristică prezența mediatorului chimic înglobat în vezicule ; membrana postsinaptică, la nivelul căreia se află situsuri specifice de fixare pentru neurotransmițători ; spațiul sau fanta sinaptică.

Deși în cadrul SNC informația cunoaște un mod de transmitere rapidă electrică, pe calea fibrelor nervoase, se apreciază că cele aproximativ 10^{14} sinapse existente în creierul uman utilizează în majoritate modul de transmitere chimică a semnalelor și numai un număr foarte mic sînt sinapse pur electrice. Transmiterea chimică a semnalelor presupune intervenția neurotransmițătorilor care, eliberați în cantități minime din terminațiile nervoase presinaptice, traversează spațiul sinaptic și, prin intermediul receptorilor specifici, produc modificări caracteristice la nivelul membranei postsinaptice. Aceste modificări specifice fiecărui neurotransmițător permit trecerea sau blocarea impulsului nervos.

Elementele ce condiționează transmiterea sinaptică sînt :

- existența la nivelul membranei presinaptice a unui substrat morfologic care să permită sinteza, stocarea și eliberarea neurotransmițătorului în fanta sinaptică, sub acțiunea impulsului nervos ;
- la nivelul membranei postsinaptice trebuie să existe, de asemenea, condiții structurale compatibile cu fixarea neurotransmițătorului și realizarea acțiunii sale ;



- condiţii morfo-funcţionale care să permită înlăturarea neurotransmiţătorului din fanta sinaptică, după realizarea acţiunii sale.

Etapele mari pe care le parcurge procesul complex al transmiterii sinaptice sînt :

- ajungerea influxului nervos la nivelul membranei presinaptice ;
- eliberarea neurotransmiţătorului în fanta sinaptică, sub acţiunea impulsului nervos ;
- preluarea influxului nervos, prin intermediul neurotransmiţătorului, de către membrana postsinaptică.

Ajungerea impulsului nervos la nivelul membranei presinaptice determină creşterea permeabilităţii membranare pentru calciu. Pătrunderea calciului în terminaţia presinaptică determină fuzionarea veziculelor ce conţin neurotransmiţătorul cu membrana presinaptică, ruperea lor şi eliberarea mediatorului chimic în fanta sinaptică.

Un alt mecanism considerat responsabil de eliberarea neurotransmiţătorului este sistemul adenilat-ciclază — AMPc, apreciindu-se că el ar interveni în cazul dopaminei, noradrenalinei, histaminei şi serotoninei. Procesul este urmat de fixarea substanţei pe receptorii specifici aparţinînd membranei postsinaptice ceea ce determină modificări ale conductanţei ionice, cu apariţia potenţialelor postsinaptice. Cînd conductanţa ionică se modifică în sensul apariţiei depolarizării, se creează un potenţial postsinaptic excitator, care la atingerea nivelului critic se transformă în potenţial de acţiune autopropagat. Dacă însă la nivelul membranei postsinaptice se produce o hiperpolarizare, ia naştere un potenţial postsinaptic inhibitor, care blochează formarea potenţialului de acţiune. Astfel, neurotransmiţătorii pot fi excitatori sau inhibitori, fapt care determină reglarea cuantumului de impulsuri nervoase generate de neuronii cu care interacționează.

Substanțele care acționează în mod cert ca neurotransmițători în SNC sînt : acetilcolina, noradrenalina, serotonina, dopamina, acidul gama-aminobutiric (GABA), glicina, acidul glutamic și acidul aspartic. Ipotetic, dar încă neconfirmat, mai au rol de neurotransmițători taurina, alfa- și beta-alanina, cisteina, 2-feniletilamina, histamina, adenozina.

Rețeaua conexiunilor interneuronale în cadrul diverselor structuri nervoase este deosebit de complexă, asupra unui neuron putînd acționa atît numeroase impulsuri de la alte structuri neuronale, cît și neurotransmițători diferiți.

După ce neurotransmițătorul și-a exercitat acțiunea asupra neuronului postsinaptic, în fanta sinaptică pot avea loc următoarele procese :

- degradarea neuromediatorului prin hidroliză enzimatică în spațiul sinaptic (de exemplu, acetilcolina este degradată sub acțiunea colinesterazei) ;
- recaptarea neurotransmițătorului în terminația nervoasă presinaptică, urmată sau nu de degradare enzimatică, sub acțiunea unor enzime specifice (monoaminooxidază sau catecol-o-metiltransferază) ;
- autoreceptorii presinaptici pot interveni, prin mecanism de feedback negativ, în reglarea eliberării unor neurotransmițători.

Procesul de transmitere sinaptică se realizează relativ lent, timpul de întîrziere sinaptică fiind de aproximativ 0,5 milisecunde. Alte caracteristici funcționale ale transmiterii sinaptice sînt reprezentate de faptul că procesul este strict unidirecțional — ceea ce reprezintă baza organizării funcționale cerebrale —, precum și de fatigabilitatea acestei structuri.

După modul de realizare a interconexiunilor neuronale, sinapsele se pot clasifica astfel :

- sinapse axo-somatice sau axo-dendritice, după cum neuronul presinaptic se conectează cu corpul neuronului postsinaptic sau cu dendritele acestuia ;
- sinapse axo-axonale cu efecte inhibitorii, sinapse somato-somatice și dendro-dendritice, acestea din urmă tipice pentru neuronii monoaminergici ;
- circuite locale neuronale fără axoni distincți, dar avînd dendrite modificate, care pot fi atît elemente pre- cît și postsinaptice.

Din punct de vedere funcțional, sinapsele pot fi excitatoare sau inhibitoare. Este în prezent unanim acceptat punctul de vedere conform căruia drogurile psihotrope își exercită acțiunea prin interferențe funcționale cu transmiterea sinaptică. Modalitățile de interferență sînt însă variabile, datorită complexității procesului. Astfel, efectele realizate de neurotransmițători pot fi amplificate, prin creșterea nivelului lor în sinapsă, sau pot fi diminuate, prin acțiunea unor factori care scad concentrația lor în spațiul sinaptic.

Creșterea concentrației neuromediatorului la nivelul spațiului sinaptic poate fi realizată prin amplificarea ratei sintezei sau a eliberării substanței din veziculele presinaptice, prin lungirea duratei de acțiune în spațiul sinaptic, datorită unei metabolizări tardive sau recaptării insuficiente. Diminuarea efectelor neurotransmițătorilor poate fi realizată printr-o sinteză diminuată ca urmare a accentuării procesului de degradare sau o recaptare mai rapidă în terminația presinaptică și, de asemenea, prin blocarea accesului substanței neurotransmițătoare la receptorii specifici postsinaptici.

Acționînd asupra unuia dintre procesele mai sus enumerate sau avînd efecte multiple, drogurile psihotrope pot fi clasificate, după locul de exercitare a efectelor, în :

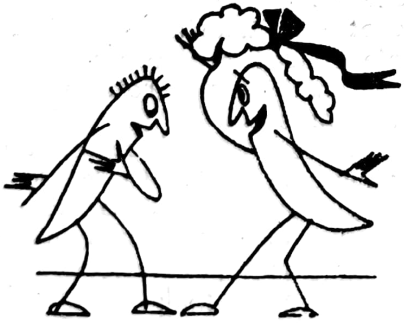
- droguri presinaptice, care interferează cu sinteza, stocarea, metabolizarea sau eliberarea neurotransmițătorului ; astfel reserpinele determină depleția veziculelor presinaptice ale neuronilor monoaminergici, în timp ce amfetaminele cresc eliberarea de dopamină, putînd produce, la doze mari, perturbări profunde ale activității psihice, stări halucinatorii, iar p-clorfenilalanina blochează sinteza serotoninei ;
- drogurile postsinaptice interferează cu procesele de degradare sau recaptare a neurotransmițătorilor ; astfel, antidepresivele triciclice blochează recaptarea noradrenalinei și serotoninei în membrana presinaptică, în timp ce IMAO neutralizează — cel puțin în parte — enzimele de metabolizare ale noradrenalinei, dopaminei și serotoninei, ceea ce explică utilizarea lor ca antidepresive. Cocaina blochează recaptarea catecolaminelor în sinapsele adrenergice și le potențează astfel acțiunea. Tot în grupul drogurilor postsinaptice se încadrează substanțele care acționează asupra receptorilor postsinaptici, care reprezintă situsul lor primar de acțiune. Astfel, neurolepticele (fenotiazine și butiro-

fenon) blochează probabil receptorii proteici ai membranei postsinaptice, împiedicînd fixarea dopaminei. Receptorii cuplaţi funcţional fie cu canalele ionice, fie cu sistemul adenilatciclază-adenozinmonofosfat ciclic (AMPc) pot fi influenţaţi de droguri cu acţiune asupra acestor mecanisme. Astfel, barbituricele blochează canalele cuplate cu receptorii multor neurotransmiţători excitatori, iar metilxantinele administrate în doze mari cresc nivelul AMPc, prin blocarea metabolismului său şi deci prelungesc acţiunea neuromediatorilor la nivelul membranei postsinaptice.

464. **TRANSORBITOTOMIE** (cf. lat. *trans* „peste" ; *orbita* „orbită" ; gr. *tome* „secţiune") → PSIHOCHIRURGIE.

465. **TRANSPLANT DE ORGANE** (cf. lat. *transplantare*) ● Transplantul de organe a devenit o realitate curentă în clinica de chirurgie a ultimilor ani, modificînd optica generală asupra acestei specialităţi, care încearcă prin redimensionare sau excludere îndepărtarea a tot ceea ce este patologic; domeniul chirurgiei include astăzi și înlocuirea sau adăugarea de organe, fapt surprinzător și sub aspectul perceperii corpului ca Sine. Această modificare în ceea ce privește posibilităţile şi soluţiile pe care medicina le poate oferi a avut un impact psihologic deosebit de complex asupra subiecţilor care suportă astfel de intervenţii.

Conceptele de primitor şi donator de organe (transfuzia de sînge şi grefa de piele fiind de mult realităţi clinice) au căpătat altă semnificaţie. Cedarea unuia dintre organele binare (rinichiul) reprezintă însă o realitate diferită de cedarea unui organ unic (cord, ficat), a cărui „donare" nu se poate produce decît postmortem.



Trauma psihică provocată bolnavului de afecţiunea pentru care este necesară grefa (fiind vorba întotdeauna de o afecţiune deosebit de gravă, practic incurabilă în absenţa grefei şi probabil curabilă în prezenţa ei), anxietatea aşteptării (care nu se poate prelungi decît un interval limitat) donatorului de organ, nesiguranţa acestei soluţii terapeutice, care poate fi ea însăşi fatală (fenomen de respingere, intervenţie chirurgicală deosebit de complicată etc.) sînt doar cîteva dintre motivele care, adăugate la tulburările psihice pe care afecţiunea somatică le produce, creează tablouri psihopatologice deosebit de intense.

Fenomenul prin care purtătorul se adaptează la interiorizarea progresivă, în plan psihic, a noului organ, a fost denumit de COMBREZ şi LEFEVRE acorporare. Viteza cu care această asimilare se produce este în raport cu gradul de compatibilitate, pe plan somatic, şi cu investirea afectivă pe plan psihic. De asemenea, vechimea bolii şi servituţile la care este supus bolnavul inhibă viteza acorporării.

Cu toate că reuşita unei tentative de transplantare poate fi urmată de apariţia unei stări de euforie şi elaţie — pe care unii autori le-au numit, după personajul biblic, sindromul lui Lazăr —, deseori transplanturile sînt însoţite postoperator de depresii, bufee delirante, episoade confuzionale, ca şi de numeroase stări fobice.

Un caz particular îl reprezintă relaţia dintre donator şi primitor, în cazul organelor binare. Pentru donator, supus unei intervenţii chirurgicale destul de complicate, pe care altfel nu ar fi fost obligat s-o suporte, scăderea potenţialului biologic, a surselor de rezistenţă faţă de anumite afecţiuni cu procente semnificative, modificarea imaginii unităţii de sine pot determina puternice reacţii depresive, mai ales atunci cînd grefa nu reuşeşte sau cînd, după un timp, se dovedeşte inutilă. Se pot nota uneori sentimente de culpabilitate, creşterea anxietăţii şi apariţia de fobii.

Primitorul, în poziţie de receptor-pasiv, culpabilizează, la rîndul său, suferinţa la care-l supune pe donator, adesea un membru apropiat al familiei. trăieşte teama de stranietate a noii situaţii, supradimensionează pericolul şi efortul la care se supune şi îi supune pe ceilalţi. În aceste condiţii, se pot înregistra, alături de alte tulburări, şi tentative suicidare.

O atenţie deosebită trebuie acordată aşa-numiţilor donatori voluntari, care, în pofida conţinutului profund moral al atitudinii oricărui donator, nu întotdeauna se bucură de o structură şi de o organizare psihică armonioasă. Uneori, motivaţii patologice ca pulsiunile suicidare ale depresivilor, ideile delirante ale schizofrenilor sau dorinţa de a atrage atenţia asupra propriei persoane, ca în cazul istericilor, sînt cele care stau la baza dorinţei de a oferi organe pentru transplant. Problema primitorului de organ se pune şi sub aspectul unei depersonalizări, mai bine spus, al unei desomatizări, prin constituirea unui nou Eu somatic. În cazul transplantării unor organe de la donatorii de sex opus, s-a înregistrat o exacerbare din partea primitorului a reacţiilor nevrotice, iar în unele cazuri s-a notat apariţia impotenţei psihogene.

Combinarea cu alte simptome postoperatorii, situaţia cu totul particulară de intervenţie „experimentală", publicitatea, ca şi „supravegherea" (medicală, familială şi publică) permanentă la care transplantatul este supus, tratamentul imuno-depresiv urmat perioade îndelungate după transplant, măsurile de igienă deosebite sînt doar cîteva dintre motivele care fac din transplant o problemă aparte pentru psihiatrie.

Realizările de ultimă oră — organele mecanice —, prin simbioza om-maşină, introduc dimensiunea unui Eu somatic în care intervine artificialul, făcînd ca realitatea acestuia să devină discontinuă. Reuşite din punct de vedere tehnic şi biologic, transplanturile de organe nu sînt încă o certitudine pe planul reuşitei psihologice. Ca şi alte domenii de vîrf (cum ar fi neurochirurgia), ele reprezintă, în momentul de faţă, doar o alternativă care trebuie perfecţionată. Faptul că BASCH consemnează o respingere cu punct de plecare net psihologic vorbeşte de la sine despre unitatea psihofiziologică a acestei mari necunoscute care este organismul uman.

466. **TRANSPORT** (cf. lat. *transportare* „a transporta, a transfera") ● Termen utilizat în psihologia genetică, de J. PIAGET şi discipolii lui, cu referire la acţiunea de deplasare şi comparare vizuală, mintală sau concret-materială, a elementelor sau parametrilor unor obiecte distanţate în spaţiu, în condiţii de centrare şi decentrare (perceptivă sau intelectuală), de cuplaj sau transpoziţie, fenomene care intervin în formarea operaţiilor mintale.

Transportul reprezintă un gen de „prelungire" în spaţiu a unei percepţii. În mod concret, în evaluarea a două obiecte, transportul constă în deplasarea privirii de la un obiect la altul, soldată cu cuantificări şi impresii corespunzătoare, privind calităţile celor două obiecte astfel comparate. Transportul este rapid şi adecvat cînd obiectele prezintă aceleaşi dimensiuni, impresia de egalitate impunîndu-se facil, şi devine mai greoi cînd obiectele sînt inegale, condiţie în care transportul implică o descompunere şi reunificare a elementelor comune şi diferenţiatoare ale celor două obiecte distanţate.

În dezvoltarea intelectuală a copilului intervin mai multe tipuri de transporturi :

- simplu sau univoc (în sens unic, soldat frecvent cu distorsiuni) ;
- dublu sau biunivoc ;
- manual sau kinestezic (cu suspendarea controlului vizual pînă la apropierea obiectelor ce se compară) ;
- corporal (cînd comparaţia nu se stabileşte prin transportul obiectului însuşi, ci al unui segment al corpului, ca etalon).

467. **TRANSPOZIŢIE** (cf. lat. *transpositio* „transpunere") ● Mutare, schimbare, transpunere a raporturilor, relaţiilor unei structuri într-o altă structură. În activitatea intelectuală intervin erori dacă nu se realizează transpoziţia proprietăţilor invariante. În cibernetică, transpoziţia se apropie ca sens de modelare.

468. **TRANSPOZIŢIE DE AFECT** — sin. AFECT DEPLASAT → AFECT DISLOCAT.

469. **TRANSSEXUALISM** (cf. lat. *trans* „peste, dincolo"; *sexus* „sex") ● Încadrat de „Clasificarea generală a bolilor" (1975) în grupa deviaţiilor şi tulburărilor sexuale, iar de către DSM III în categoria tulburărilor psihosexuale, transsexualismul constituie cea mai importantă tulburare a identităţii sexuale, constînd în convingerea fermă (care-l apropie de delir) a subiectului care „se vrea" de sex opus pentru că „se simte" astfel (spre deosebire de perversul care doar interpretează rolul sexului opus).

După STALBER (citat de POROT), originea transsexualismului s-ar afla într-o mult prea strînsă relaţie afectivă cu mama în copilărie, ceea ce determină, încă de la această vîrstă, un comportament feminin, cu căutarea companiei fetelor, respingerea jocurilor de băieţi etc. Acest comportament se continuă şi la vîrsta adultă, reflectîndu-se atît pe planul relaţiilor sociale, cît şi pe cel al relaţiilor sentimentale.

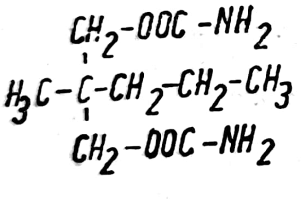
Transsexualul respinge homosexualitatea, căutînd însă compania bărbaţilor heterosexuali. Există posibilitatea ca, prin mijloace chirurgicale şi tratament cu hormoni feminizanţi, sexul anatomic să fie schimbat în acelaşi sens cu „sexul psihic". Legislaţia anumitor ţări permite subiectului cu sex astfel schimbat să se poată căsători conform acestui sex „dobîndit", conferindu-i o inserţie socio-familială în conformitate cu statutul astfel modificat.

Deşi au fost descrise cazurile de transsexualism la subiecţi anatomic feminini sînt extrem de rare. Nu este exclusă posibilitatea ca transsexualismul să apară în cadrul cortegiului simptomatic al unei psihoze sau la subiecţi care prezintă grave dizarmonii de personalitate. În aceste cazuri, feminizarea terapeutică, nerezolvînd contextul psihopatologic în care a apărut transsexualismul, agravează chiar prognosticul bolii.

470. **TRANXENE$^{(M)}$** Anglia, Belgia; **TRANXILEN$^{(M)}$** Franţa, Olanda; **TRANXILIUM$^{(M)}$** Austria, Germania — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2, 3-dihidro-2, 2-dihidroxi-5-fenil-1H-1, 4-benzodiazepin-3-acid carboxilic, cu acţiune anxiolitic-miorelaxantă şi sedativă. Buna sa toleranţă şi efectele sedativ-hipnotice modeste îi conferă o largă utilizare.

471. **TRANXILIUM$^{(M)}$** Germania — DCI *Nordazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-anxiolitică, indicat în distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice; are o bună toleranţă şi o singură contraindicaţie: miastenia.

472. **TRANXIN$^{(M)}$** Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1, 3-propandiol dicarbamat, cu acţiune asedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă“. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.



$$\begin{array}{c} CH_2-OOC-NH_2 \\ | \\ H_3C-C-CH_2-CH_2-CH_3 \\ | \\ CH_2-OOC-NH_2 \end{array}$$

473. **TRANYLCYPROMINE$^{(DCI)}$** ● Derivat ciclopropilaminic, de tip (±)-trans-2-fenilciclopropilamină, indicat în depresiile inhibate. Este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente şi antidepresive timoleptice, necesitînd o pauză de 14 zile. Contraindicaţiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO. Are un spectru mai larg decît derivaţii hidrazinici şi o instalare mai rapidă a efectelor favorabile, deşi, ca inhibitor al monoaminooxidazei (IMAO) are acelaşi mecanism de acţiune. Efectele secundare sînt mult amplificate de alcool şi unele proteine (tiramina), manifestîndu-se, în special, printr-o creştere deosebit de marcată a tensiunii arteriale. Constituie principiul activ al unor produşi farmaceutici, dintre care:

- Cel mai bine cunoscut este: PARNATE$^{(M)}$ Anglia, Argentina, Canada, Germania, Spania, SUA.
- Se mai întîlnesc şi sub numele: TRANSAMIN$^{(M)}$, TRANSAPIN$^{(M)}$ CSI; TYLCIPRINE$^{(M)}$ Franţa.

474. **TRANZACŢIONALĂ** — analiză (cf. lat. *transactio*) ● Metodă de psihoterapie creată de E. BERNE, bazată pe o teorie a personalităţii aparţinînd aceluiaşi autor, conform căreia personalitatea este alcătuită esenţial din trei elemente: părintele, adultul, copilul. Destinul fiecărui individ ar fi determinat din copilărie de un „scenariu“, în cazul căruia cele trei roluri mai sus menţionate influenţează în mod esenţial acţiunile de mai tîrziu, succesele şi eşecurile individului. Analiza tranzacţională presupune întîi o analiză de tip structural care studiază stările Eului ca sistem de gîndire şi sentiment, manifestate în anumite tipuri de comportament. Pentru orice fiinţă umană, există trei categorii de stări ale Eului:

- stare care derivă din personajele parentale, denumită generic Părinte: persoana gîndeşte, simte şi acţionează într-un mod identic cu modul de a gîndi, simţi şi acţiona al unuia dintre părinţii săi. Această stare a Eului se reactualizează în comportamentul persoanei faţă de proprii copii. Este vorba aici de influenţa parentală cu funcţie de conştiinţă morală;
- starea Eului adult, denumită generic Adult: persoana cîntăreşte obiectiv mediul înconjurător, apreciază posibilităţile şi probabilităţile în funcţie de experienţa trecută;
- starea denumită generic Copil: se consideră că orice persoană umană poartă în ea însăşi individul-copil, care simte şi reacţionează conform unei anumite perioade din propria copilărie (cea mai importantă fiind etapa între doi şi cinci ani).

Teoria analizei structurale consideră ca foarte importantă pentru individ înţelegerea Copilului care există în el, acest copil fiind cea mai bogată parte a personalităţii, ca resursă a ei. Personalitatea conţine trei stări (sau stadii) esenţiale, specifice Eului. În interiorul fiecărui stadiu pot exista subdiviziuni : două componente parentale, una venind de la mamă, cealaltă de la tată ; sau în stadiul Eului-Copil pot apărea componentele Adult şi Părinte. Aşadar, analiza structurală constă într-o serie de operaţii prin care se disting tipuri de sentiment-comportament, folosindu-se ca mijloc de diagnostic stările Eului : P (Părinte), A (Adult) şi C (Copil). Aceste stări pot fi înţelese ca roluri. Sub aspect descriptiv există Părintele natural, protector şi cel autoritar ; Copilul adaptat şi Copilul rebel. Ca metodă de psihoterapie, analiza tranzacţională se întemeiază pe studiul tranzacţiilor posibile între două sau mai multe persoane, pornind de la ipoteza că cele trei stări de bază ale Eului favorizează un număr limitat de tranzacţii (nouă tranzacţii complementare, 72 de tranzacţii încrucişate, 6 480 de tranzacţii duplex şi 36 de tranzacţii angulare). În practică apar, în mod curent, 15 tranzacţii. Metoda stabileşte un model pentru orice formă de comportament social uman. Modelul urmează principiul economiei psihice, cu două postulate : fiinţele umane pot trece de la o stare de Eu la altă stare de Eu ; dacă o persoană A spune ceva şi o persoană B răspunde ceva, atunci este posibil să se verifice dacă ceea ce răspunde B este o reacţie la ceea ce spune A.

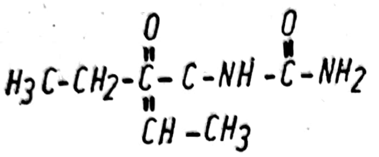
Dacă două persoane se află una în prezenţa celeilalte şi stabilesc o relaţie, în această relaţie se activează unele dintre stările Eului menţionate mai sus ; practic, într-o situaţie cu două persoane există şase stări posibile ale Eului, dar numai unele dintre acestea intră în activitate. O tranzacţie se defineşte ca unitate a acţiunii sociale constituită dintr-un singur stimul şi o singură reacţie verbală sau nonverbală. Această unitate se numeşte tranzacţie, pentru că fiecare dintre cele două persoane prezente cîştigă ceva. Tot ceea ce se petrece între două sau mai multe persoane într-o situaţie poate fi descompus în tranzacţii distincte.

Cele mai simple tranzacţii se numesc tranzacţii complementare ; există nouă tipuri posibile de tranzacţii complementare : PP, PA, PC, AP, AA, AC, CA, CC (de exemplu, tipul de tranzacţie PC într-un cuplu în care un soţ patern are o soţie recunoscătoare). În cazul tranzacţiilor complementare, comunicarea poate să dureze indefinit.

Tranzacţia încrucişată este tranzacţia în care, de exemplu, un stimul Adult-Adult primeşte o reacţie Copil-Părinte ; în acest tip de tranzacţie, comunicarea încetează. Deci o tranzacţie încrucişată presupune un stimul de o anumită natură, care primeşte un răspuns non-concordant cu stimulul sau cu solicitarea. Tranzacţia încrucişată de tip I (stimul AA şi răspuns CP) este modelul relaţiei de transfer în psihoterapie, dar ea reprezintă şi tipul de tranzacţie care provoacă cele mai multe tulburări în relaţiile interpersonale. Tranzacţia încrucişată de tip II este tranzacţia în care un stimul Adult-Adult (AA) primeşte o reacţie Părinte-Copil (PC) — este tipul de tranzacţie specific relaţiei de contratransfer şi ea reprezintă a doua mare sursă de tulburări în relaţiile interpersonale. Matematic, sînt posibile 72 de tranzacţii încrucişate, dar numai patru dintre ele apar în mod curent, în practica obişnuită. Tipul I (AA—CP sau relaţia de transfer), tipul II (AA—PC sau relaţia de contratransfer), tipul III (CP—AA sau aşa-numitul „răspuns exasperant“ al unei persoane) şi tipul IV (PC—AA sau aşa-numitul „răspuns insolent“).

Tranzacţiile complementare şi tranzacţiile încrucişate sînt tranzacţii simple, întrucît ele se produc la un singur nivel. Există două categorii de tranzacţii duble, în care se vehiculează şi un mesaj secret, la un alt nivel. Acestea sînt tranzacţii angulare şi tranzacţii duplex. Tranzacţia angulară este acea tranzacţie în care un stimul Adult-Adult activează, la partener, o altă stare a Eului, fie starea Părinte, fie starea Copil. Cele două niveluri ale comunicării sînt : nivelul social, manifest, deschis, şi nivelul psihologic, nemanifest, acoperit. În tranzacţia duplex, nivelul psihologic este diferit de nivelul social manifest. Reprezentativ pentru tranzacţiile duble, este jocul (într-o tranzacţie dublă, agentul care emite stimulul pare să facă un anumit lucru, în timp ce, în realitate, el face cu totul altceva). Diferitele forme de acţiune socială (activitatea profesională, distracţiile, jocul) sînt modalităţi de structurare a timpului, susţinute sau chiar determinate de „un plan de viaţă preconştient sau scenariu, care permite structurarea unor perioade lungi de timp (luni, ani, întreaga viaţă) în diverse activităţi şi jocuri“. Aceste scenarii se construiesc pe baza iluziilor vieţii din copilărie, care se pot păstra, se pot modifica sau pot fi abandonate. Studiul acestor „scenarii", al evoluţiei lor în cursul vieţii este semnificativ atît în perspectivă teoretică, cît şi în perspectivă terapeutică (E. BERNE).

475. **TRANZER**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Etiluree* ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etilcrotonil)uree, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Este indicat în psihogenii şi în afecţiuni psihosomatice. Are o bună toleranţă, efectele secundare fiind practic absente.



$$H_3C{-}CH_2{-}\underset{\underset{CH-CH_3}{\|}}{\overset{\overset{O}{\|}}{C}}{-}C{-}NH{-}\overset{\overset{O}{\|}}{C}{-}NH_2$$

476. **TRANZIENŢĂ** ● Concept care exprimă „instabilitatea" vieţii în societăţile contemporane, ca senzaţie sau sentiment de nepermanenţă a individului. Relaţiile interindividuale devin superficiale, se multiplică şi sînt tot mai fragile, iar relaţiile omului cu obiectele sînt de o durată din ce în ce mai scurtă. Individul trăieşte acut sentimentul unei existenţe „fără rădăcini, în nesiguranţă, printre dune mişcătoare" (A. TÖFFLER, 1970).

Tranzienţa poate fi definită şi ca viteză de „circulaţie" a diferitelor tipuri de relaţii în viaţa unui individ. „Tranzienţa înaltă" este caracterizată printr-o „uzură" rapidă a lucrurilor, locurilor, oamenilor, ideilor şi structurilor organizaţionale. Creşterea nivelului de tranzienţă pune la grea încercare posibilitatea de adaptare a individului la un mediu tot mai complex, în care fluxul informaţional şi viteza de derulare a situaţiilor inedite sînt tot mai crescute. Termenul a fost introdus în literatura de specialitate în anul 1970.

477. **TRANZITIVISM** (cf. lat. *transire* „a trece") ● Fenomen psihologic pînă la vîrsta de trei ani şi psihopatologic după aceea, care constă în transferul unor trăiri proprii (senzaţii, sentimente, gînduri) asupra unui obiect sau fiinţe exterioare (WERNICKE), în dispariţia trăirii distincte, separate, a propriului Eu şi a spaţiului, a persoanelor înconjurătoare. Prezenţa tranzitivismului la copilul mic se datorează absenţei individualităţii acestuia şi desăvîrşirii organizării ierarhizate a spaţiului (SUTTER). Între 4—8 ani poate apărea un tranzitivism patologic, uneori reversibil, instabil, generat de stări de anxietate, dar care alteori poate constitui debutul unei forme infantile de schizofrenie („depersonalizare tranzitivistă" — HEUYER), reprezentînd simptomul unei lipse sau anomalii de maturizare neuropsihică (SUTTER).

La adult, tranzitivismul constituie un simptom al depersonalizării, al sindromului de automatism mintal ; este exprimat clinic prin situarea de către bolnav a unui obiect exterior în propriul corp, prin pierderea autonomiei mişcărilor, gîndurilor, sentimentelor, care îi par comandate din exterior, prin pierderea limitelor propriului corp şi a organelor.

478. **TRANZITIVITATE** (cf. lat. *transitivus*) ● În sens filozofic, însuşire a unor determinanţi de a se transfera cauzal în raporturile de succesiune generică sau de condiţionare a unor fenomene de către altele.

● Proprietate a unor relaţii logice sau matematice de a se transmite, prin termeni intermediari, între primul şi ultimul termen al unui şir ordonat pe baza acestor relaţii.

479. **TRANZITORIE — ischemie cerebrală** (cf. I.I.A., engl. transient cerebral ischemic attack) ● Episoade acute de simptome psihice şi neurologice sau episoade de orbire monoculară („amauroză fugace"), care durează minute sau ore.

Se datorează cel mai adesea unor microemboli care se rup din plăcile de aterom şi sînt antrenaţi în fluxul sanguin din artera carotidă internă, artera vertebrală sau artera bazilară. Leziunea ateromatoasă îşi are sediul, de obicei, dincolo de bifurcaţia arterei carotide comune. Mai rar modificări în sistemul cardiovascular, ca aritmia sau hipotensiunea, pot fi cauza ischemiei cerebrale tranzitorii. Atacurile tranzitorii pot fi urmate de infarctizare (accidente vasculare complete), în aproape 1/3 din cazuri în timpul primelor luni şi în 5% din cazuri în timp de 12 luni.

Ischemia cerebrală tranzitorie în sistemul vertebrobazilar se manifestă prin următoarele semne : diplopie, vertij, amorţeală periorală, tulburări de vedere, dizartrie, dezechilibru, pierderea conştiinţei, pierderea tonusului muscular cu cădere.

În trunchiul carotidian, manifestările sînt accese de amauroză ipsilaterală fugace, hemipareză contralaterală, posibil asociate la un hemicorp. Afazia apare în cazul afectării emisferului dominant.

Stenozarea arterei sau o placă ateromatoasă ulcerată pot determina orice combinaţie a acestor simptome sau prezenţa unui singur semn.

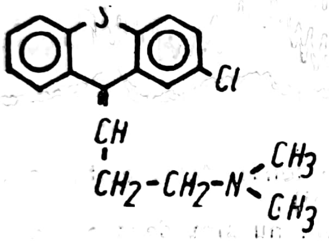
Auscultația poate pune în evidență la nivelul carotidei zgomote specifice. Palparea evidențiază o reducere a pulsului carotidian sau al ramurilor temporale.

Examinarea fundului de ochi poate evidenția emboli retinieni. Uneori, poate fi pus în evidență un sindrom Horner ipsilateral.

Diagnosticul clinic se face atît pe baza semnelor psihoneurologice, cît și pe baza datelor de oftalmodinamometrie, pletismografie oculară, doppler, și explorare prin tomografie computerizată. Totuși, în diagnosticul pozitiv, arteriografia rămîne proba definitorie, mai ales atunci cînd se intenționează efectuarea unei endoarterectomii.

480. **TRAPAX**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

481. **TRAQUILAN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Clorprotixen* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic de tip 2-clor-N, N-dimetiltioxantenă-



$\Delta^{9,\gamma}$-propilamină, cu acțiune polivalentă: incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolitică și cu valențe antidepresive, cu efecte secundare mai modeste decît ale celorlalte tioxantene.

482. **TRASACOR**$^{(M)}$ Iugoslavia, Japonia ; **TRASICOR**$^{(M)}$ Anglia, Grecia, SUA — DCI *Oxprenolol* ● Betablocant de tip 1-/0-(alliloxi)fenoxi/-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, medicină psihosomatică, cu valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litiu, potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETABLOCANTE.

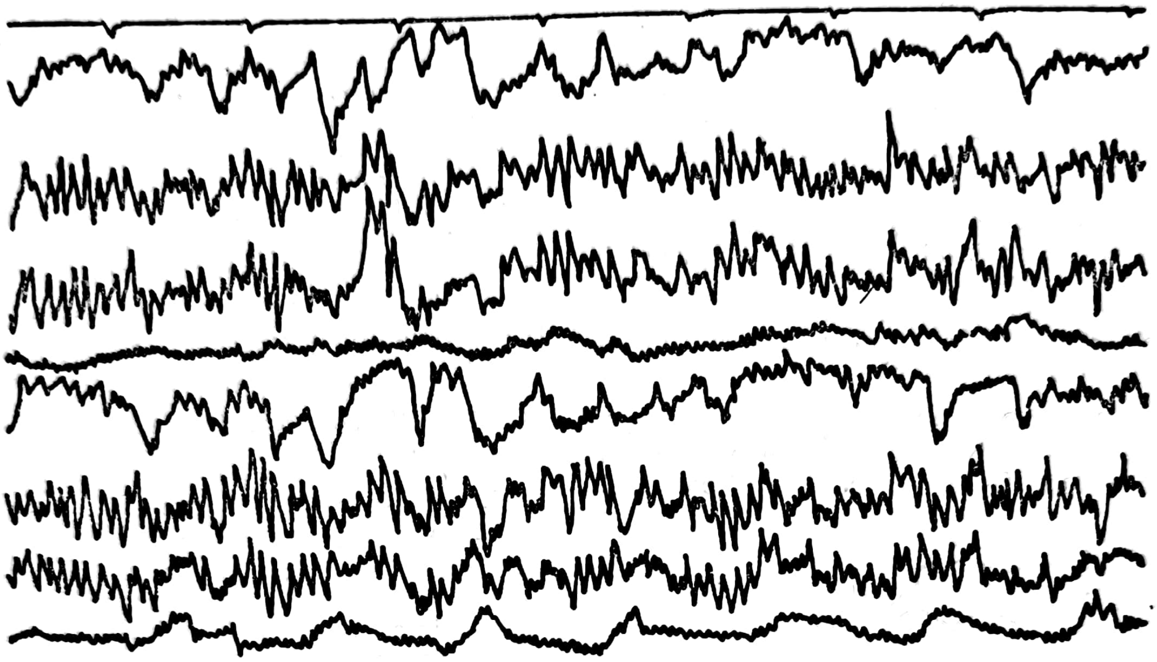
483. **TRASEU EEG** (cf. fr. *tracé*) ● Înregistrare grafică instrumentală a activității bioelectrice cerebrale. Posibilitatea existenței unei activități bioelectrice cerebrale a apărut, ca ipoteză de lucru, la mijlocul secolului trecut și a fost confirmată experimental de COTON (1875) pe animal și de Fleich von MARKOW, în 1883. Prima înregistrare a activității spontane cerebrale, tot la animale (cîini), se datorează lui PRAVDICI și NEMINSKI, care în 1913 au descris șapte ritmuri corticale. Înregistrarea curenților corticali la om se datorează lui H. BERGER, care a descris, în 1924, ritmurile alfa și beta, a dat metodei numele de electroencefalografie, a publicat peste 20 de lucrări și a acordat 15 ani din activitatea sa acestui domeniu, fără a fi „crezut de nimeni", pînă în anul 1934, cînd ADRIAN a reușit să impună metoda, după care H. GRASS (1935) a realizat primul electroencefalograf; ambele evenimente au încheiat zbuciumul lui BERGER, care, de-a lungul unui deceniu (1924—1934) nu reușise să trezească decît zîmbete pline de bunăvoință.

Metoda a fost adoptată rapid de școala americană (GIBBS, LENOX, JASPERS), de școala engleză (ADRIAN, WALTER, CABB), de școala germană (FISCHER, KORNNULLER, FOERSTERN), de școala franceză (BERTRAND, DELAY, GASTAUT), de școala rusă (PELITOV, ORBELI, RUSINOV), de școala românească (MARINESCU, SAGER-CREMLIER, ARSENI). După 1950 s-a impus din ce în ce mai mult în clinică, devenind un adjuvant de primă mărime în explorarea bolnavului neuropsihic, element de valoare semiologică și diagnostică deosebită în unele afecțiuni, orientativ în altele; constituie și în prezent principala metodă electrofiziologică de explorare a sistemului nervos central deși reflectă numai o parte din tabloul fenomenelor bioelectrice. Traseul obținut prin înregistrarea curenților bioelectrici cu ajutorul electrozilor aplicați la nivelul tegumentelor, aparent foarte complicat și la o primă vedere de neînțeles, este de fapt foarte simplu, prezentînd:

- patru ritmuri, corespunzătoare celor patru tipuri de unde (alfa, beta, teta delta), diferențiate în special prin frecvența lor (→ ALFA — unde; BETA — unde; DELTA — unde; TETA — unde; RITM EEG);
- trei tipuri de modificări ale amplitudinii, frecvenței și morfologiei (→ AMPLITUDINE EEG; FRECVENȚĂ EEG; MORFOLOGIE EEG).

Traseul EEG normal al adultului în stare de veghe prezintă un ritm dominant alfa (85—90% în cazul ideal), cu unde beta, teta (10—15%) și unde delta absente. Frecvența, amplitudinea și morfologia undelor respective este cea standard, ceea ce diferă fiind localizarea topografică (predominanța ritmurilor pe regiuni) :

- regiunea occipitală — alfa modelat în fusuri cu F = 10 c/s și A = 50 μV ;
- regiunea temporală — alfa sărac cu A scăzut și teta discontinuu și izolat ;
- regiunea parietală — alfa izolat sau în fusuri cu F crescut și A scăzut, cu prezența ritmului beta și cu teta izolat ;
- regiunea frontală — alfa sărac, ritmul beta dominant, teta rar — aspectul, datorită scăderii amplitudinii, este aproape plat.



Examenele EEG standard, efectuate spontan, nu duc întotdeauna la evidențierea tuturor elementelor patologice ; pot exista și dezacorduri între elementele clinice și cele EEG ; în acest caz se apelează la activări, care sînt de mai multe tipuri : fizice, chimice, farmacodinamice, somn provocat, compresiune carotidiană, amestec de gaze. Cele mai utilizate tehnici (ARSENI și ROMAN) sînt : hiperpneea, stimularea luminoasă intermitentă (SLI) și tehnicile farmacodinamice. În cazul traseului EEG normal, la activare crește frecvența și amplitudinea, dar ritmul dominant nu se schimbă. SLI duce la dispariția ritmului alfa atunci cînd reactivitatea este bună.

În interpretarea unui traseu EEG este necesar a se cunoaște și a se ține seama de unele situații care pot produce variații ale traseului normal :

- ora din zi la care se efectuează examenele : dimineața predomină ritmul alfa, către seară ritmul beta ;
- temperatura : hipertermia poate induce ritmuri rapide alfa și beta (creșterea frecvenței), iar hipotermia poate induce unde lente, teta, delta (scăderea frecvenței) ;
- sexul : nu sînt deosebiri evidente între sexe, dar în unele perioade din viața femeii se pot produce modificări ale traseului (premenstrual — alfa rapid ; în perioada menstruală — alfa lent și creșterea frecvenței beta ; la menopauză — accelerarea ritmurilor și posibile polivîrfuri) ;
- factorii emoționali pot aduce modificări traseului, admițîndu-se posibilitatea apariției desincronizărilor în stările de anxietate și apariției de bufeuri de unde teta, în accesele de furie ;
- somnul determină numeroase modificări ale traseului, care au fost grupate în trei stadii : stadiul I, corespunzător adormirii (hipovoltaj — unde lente) ; stadiul al II-lea, corespunzător somnului ușor (unde lente — fusuri de somn) ; stadiul al III-lea, corespunzător somnului profund (unde lente delta în toate derivațiile, predominant frontal — areactivitatea) ;
- terapia : un număr ridicat de medicamente acționează asupra traseului, pro-

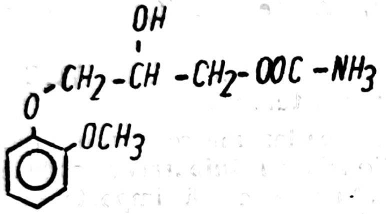
ducîndu-i numeroase modificări; de exemplu, neurolepticele induc ritmuri alfa lente (haloperidolul chiar şi elemente paroxistice), tranchilizantele pot induce activităţi beta rapide sinusoidale (fusuri de medicaţie), timolepticele pot induce vîrfuri şi complex vîrf-undă degradat (element specific).

484. **TRATOBES**$^{(MC)}$ Argentina ● Produs terapeutic care conţine trei medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar care se complementează:

- AMFEPRAMONĂ$^{(M)}$ — nooanaleptic, derivat feniletilaminic;
- FENPROPOREX$^{(M)}$ — nooanaleptic, derivat feniletilaminic;
- DIAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acţiune psihostimulentă.

485. **TRAUMACUT**$^{(M)}$ Germania — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol 1-carbamat, cu acţiune predominant miorelaxantă şi anxiolitic-sedativă în secundar; are şi valenţe analgezice.



486. **TRAUMATIC — defect** (cf. gr. *trauma* „rană") ● Condiţie psihopatologică de intensitate nevrotică sau psihotică, în terminologia anglo-saxonă, apărută consecutiv unui traumatism cerebral, care însă cel mai adesea îmbracă tabloul unei stări psihopatoide (→ PSIHOPATOIDĂ — stare). Autorii francezi o denumesc „stare deficitară posttraumatică" — în care capacităţile intelectuale, randamentul profesional, adaptarea şi controlul asupra comportamentului sînt alterate, într-o măsură mai mare sau mai mică. Este ceea ce E. BLEULER a numit sindrom psihoorganic sau psihosindrom organic, ca expresie clinică comună multiplelor afecţiuni difuze sau localizate ale creierului, inclusiv stărilor consecutive traumatismelor cerebrale

487. **TRAUMATIC POST-VIOL**$^{(S)}$ **sindrom** („RAPE TRAUMA SYNDROME") ● Reacţie pe care o trăieşte victima unui viol, cuprinzînd o fază acută de dezorganizare psihică şi un proces pe termen lung de reorganizare (E. A. FISHE).

În timpul fazei acute, care poate dura de la cîteva zile la cîteva săptămîni, victima trăieşte un dezgust total, o incapacitate de a-şi stăpîni emoţiile. În această perioadă, subiectul poate avea crize de furie, de frică sau de anxietate şi reacţii somatice, incluzînd oboseala, modificări de tensiune arterială şi cefalee, stare generală de rău, iritaţie vaginală.

În timpul fazei de reorganizare, care poate dura luni sau chiar un an, victima poate prezenta simptome vaginale cronice (algii, iritaţie, prurit), modificări menstruale, depresie, coşmaruri şi aversiune pentru activitatea sexuală.

Tratamentul va fi adecvat fiecărei faze, un rol important avîndu-l psihoterapia de susţinere şi reinserţia familială.

Sindromul a fost descris de BURGESS şi HOLMSTROM în 1974.

488. **TRAUMATICE — nevroze** → NEVROZE.

489. **TRAUMATICE — psihoze** (cf. gr. *trauma*) ● În limbajul psihiatric anglo-saxon, termenul se referă la tulburări de intensitate psihotică ce survin după un traumatism cerebral, luînd de cele mai multe ori aspectul unei stări psihopatoide. Autorii de limbă engleză includ aici şi tulburările psihotice datorate unui şoc emoţional (→ TRAUMĂ).

Se descriu psihoze posttraumatice cronice halucinatorii sau paranoide, de aspect mai mult sau mai puţin schizofreniform (H. EY).

490. **TRAUMATISME CRANIOCEREBRALE — tulburări psihice în** ● Tulburările psihice apar fie consecutiv leziunii organice provocate direct de traumatism, fie ca simptome psihopatologice precipitate de acesta, fie sub ambele aspecte.

Clasificarea operaţională clasică a traumatismelor craniocerebrale a lui J. L. PETIT (1773) sistematizează traumatismele după criteriul anatomo-clinic (comoţie contuzie, compresie cerebrală). Şcoala românească de neurotraumatologie (C. ARSENI şi Aurelia GONŢEA, 1981), pe baza observaţiilor efectuate timp de 45 de ani (1935—1980), pe un număr de 40 500 de cazuri de accidentaţi cranio-cerebral, accentuează faptul că, pentru a pune diagnosticul de TCC, demersul clinic trebuie să ţină cont de starea neurologică şi de starea generală care determină atît prognosticul, cît şi conduita terapeutică. O clasificare a TCC a fost întotdeauna dificilă, datorită, pe de o parte, complexităţii acestora şi, pe de altă parte, datorită posibilului lor caracter evolutiv. După ARSENI şi CONŢEA, noţiunile de TCC deschis sau închis, acut, subacut sau cronic, recent sau tardiv nu pot reprezenta un criteriu de clasificare; impactul este acut, iar evoluţia ulterioară este greu de prevăzut. De aceea, diagnosticul corect al unei entităţi neurotraumatologice nu poate fi decît unul retrospectiv, după evoluţia efectului traumatic.

Ţinînd cont de aceste consideraţii şi avînd în centrul atenţiei tulburările psihice legate nemijlocit de un TCC, considerăm că se poate adopta următoarea clasificare:

- *Tulburări psihice primare*:
  - sindrom psihoorganic acut (tulburări de conştiinţă de tip calitativ şi cantitativ; durează maximum şase luni): abolirea stării de conştienţă de scurtă durată, în comoţie, putînd evolua spre comă de durată şi intensitate variabile, în contuzie; stare confuzională;
  - sindrom psihoorganic subacut (formă de trecere de la tulburări ale conştiinţei spre remisiune sau spre sindrom psihoorganic cronic): sindrom amnestic (amnezii posttraumatice; sindrom Korsakov posttraumatic); stare reactivă posttraumatică (urmează stării confuzionale şi durează cîteva zile, pînă la cîteva săptămîni);
  - sindrom psihoorganic cronic (BLEULER): sindrom pseudoneurastenic (cerebrastenie posttraumatică); encefalopatii posttraumatice (encefalopatia boxerilor, epilepsia posttraumatică); sindrom psihopatoid (starea psihopatoidă posttraumatică); sindrom deficitar (deteriorare mintală posttraumatică, demenţa posttraumatică).
- *Tulburări psihice secundare*:
  - psihoze posttraumatice: schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, sindroame paranoide;
  - nevroze posttraumatice: obsesivo-fobică, isterică, neurastenie şi „Rentenneurose".

Dacă fazele acute fac obiectul cazuisticii neurologului sau neurochirurgului, sechelele psihice de lungă durată, apărute frecvent după TCC, îl angajează şi pe psihiatru. Implicaţiile legate de invalidarea socială a acestor bolnavi fac necesară o colaborare complexă interdisciplinară, între neurochirurgi, reanimatori, ortopedişti, psihologi şi psihiatri. După cum subliniau LÉGER şi DUMOND (1985), în considerarea acestor cazuri, dicotomia organic-funcţional este artificială, în generarea sechelelor emoţionale şi relaţionale jucînd un rol important nu numai leziunea ca atare, ci şi dificultăţile perceptivo-praxo-gnozice, scăderea adaptabilităţii comportamentale şi timice. În acest sens, la apariţia sechelelor psihice posttraumatice, pot concura următorii factori:

- personalitatea premorbidă: la personalităţile isterice, depresive, hipocondriace se înregistrează o durată mai mare a tulburărilor psihice posttraumatice;
- componenta emoţională a TCC poate constitui nucleul unor ruminaţii obsesive sau poate agrava tulburările nevrotice posttraumatice;
- factorii de mediu au importanţă doar în TCC minore, în timpul perioadei de convalescenţă. Reîntoarcerea la ocupaţia care a fost cauza TCC, relaţiile familiale tensionate, hiperprotecţia mediului pot constitui factori negativi în evoluţia bolii;
- compensaţii şi litigii pot motiva puternic agravarea şi prelungirea simptomelor, conştient sau inconştient, de multe ori simptomatologia diminuînd brusc, după primirea compensaţiei mult aşteptate;
- reacţia psihologică la tulburările posttraumatice reflectă lupta sau tendinţa de a compensa deficitul (anxietate, pedanterie, izolare socială, reacţie catastrofică);
- apariţia epilepsiei (5% din TCC închise) agravează tulburările psihice;
- întinderea leziunii cerebrale nu este proporţională cu tulburările psihice şi nu constituie o cauză importantă în geneza lor;
- localizarea leziunii cerebrale: nu există o corelaţie între localizarea leziunii scalpului şi a calotei şi localizarea leziunii cerebrale; simptomele locale sînt mascate de simptomele lezării generale a creierului. Totuşi, observaţii făcute de ARSENI şi DĂNĂILĂ (1977, 1980) arată că sindroamele sechelare (rezultat al efectului traumatic primar), definitive şi staţionare pe tot parcursul vieţii pacientului, variază după sediul leziunii, astfel:
  - leziunile din întregul creier pînă deasupra capătului rostral al trunchiului cerebral determină: mutism akinetic; sindrom de „locked in" (bolnavul deschide ochii, orientează privirea, dar rămîne mut şi akinetic); stare vegetativă persistentă;
  - leziunile cantonate în emisferele cerebrale, inclusiv în nucleii bazali, de intensitate variată, determină: sindroame diencefalice; sindromul Korsakov; sindromul Kluver-Bucy (vigilenţa revine rapid, activitatea motorie este orientată exclusiv spre sferele orală şi genitală; tulburările mnezice se întind pe o perioadă anterioară TCC,

cu amnezie de fixare totală și fabulație); diabet insipid ;

- leziunile situate în cortex produc următoarele sindroame clinice : rigiditate prin decorticare ; surdomutitate ; sindrom vegetativ prefrontal ; agitație ; amnezie posttraumatică ;
- leziunile difuze interesînd cele trei etaje ale creierului (cortex, nucleii bazali, trunchiul cerebral) determină sindromul apatic Gerstenbrandt ;
- leziuni în oricare dintre etajele encefalului pot da rigiditate decerebrată, sindrom de hiperkinezie cu logoree.

Pe baza datelor anatomo-patologice recente (LEGER și DUMOND, 1985), s-a demonstrat că leziunile primitive ale trunchiului cerebral sînt excepțional de rare ; leziunie microscopice sînt difuze, situîndu-se, de la început, în etajul supratectorial. Pornind de aici, s-a propus o clasificare a TCC în : leziuni encefalice expansive (LEE) — hematoame, dilacerare, focare edematoase decelabile la tomografia computerizată—și leziuni encefalice diseminate microscopice (LED), termeni care corespund mai bine necesităților de ordin neurochirurgical decît vechea „contuzie a trunchiului cerebral".

Referitor la modificările biochimice consecutive TCC, s-au observat cantități mari de acetilcolină în lichidul cefalorahidian care persistă zile sau chiar săptămîni (în mod normal fiind absentă) ; este probabil eliberată din membranele neuronale, ca rezultat direct al TCC sau al descărcării neuronale din momentul impactului. Această modificare ar putea constitui baza biochimică a comoției cerebrale sau a unor cazuri de comă prelungită, după blocarea transmisiei neuronale în formațiunea reticulară. Nivelul acidului lactic în LCR crește de asemenea, imediat după traumatism, ca rezultat al anoxiei cerebrale, fiind un factor de prognostic.

Investigații recente au pus în evidență modificări ale permeabilității vasculare și ale barierei hematoencefalice și variații în concentrația electroliților și fluidelor. Crește în mod considerabil și debitul circulator cerebral, producîndu-se o adevărată hiperemie în primele 24 de ore de la TCC, ce se menține și în următoarele 2—3 săptămîni.

Examenul electroencefalografic reprezintă o metodă de explorare „clasică", ce aduce date utile privind diagnosticul și evoluția tulburărilor posttraumatice. Sistematizînd modificările EEG observate după TCC, BICKFORD și CLASS (1968) au constatat că una dintre cele mai frecvente modificări este suprimarea locală a ritmului alfa în regiunea acțiunii traumatismului sau în zona de contralovitură. Acest lucru poate folosi la evidențierea unei leziuni ascunse, în special într-o regiune „neutră" clinic. Suprimarea ritmului alfa se poate extinde bilateral și pot apărea rare unde lente. Unde delta (de leziune), de 1—3 c/s apar și pot persista mai multe săptămîni sau luni. În timpul procesului de vindecare, există o tendință de creștere a frecvenței, iar dezvoltarea și persistența descărcărilor de vîrfuri indică apariția gliozei. EEG poate fi utilă în diagnosticul diferențial la pacientul inconștient, mai ales prin precizarea cauzelor, altele decît TCC, care pot fi astfel omise.

În privința prognosticului, gradul de anormalitate a EEG trebuie întotdeauna considerat în legătură strînsă cu datele clinice. Înregistrările seriate pot fi folositoare în special în relevarea componentei organice, în cazul cînd se suspectează mecanisme psihogenice ca fiind responsabile de tabloul clinic. Rapida revenire a EEG, cu persistența în timp a defectelor neurologice, indică faptul că a început procesul de rezoluție.

Metodele tehnice moderne au îmbogățit paleta investigațiilor în neurotraumatologie, îmbunătățind considerabil prognosticul imediat. Pot fi menționate, în acest sens, progresele în reanimarea respiratorie, protecția cerebrală și neuroplegia (administrarea de neuroleptice, barbiturice etc. permite depășirea „anarhiei neurovegetative" declanșate de traumatism la nivelul centrilor bulbari și diencefalici), multitudinea examinărilor din ce în ce mai perfecționate, tomodensitometria (avînd un rol însemnat în depistarea focarelor hemoragice sau edematoase, a hematoamelor tardive, atrofiilor cerebrale și hidrocefaliilor secundare, „detronînd clasica arteriografie"), măsurătorile cu captatori de presiune intracraniană, studiile potențialelor evocate.

Trăsăturile caracteristice ale principalelor forme clinice ale TCC sînt :

TABEL CXCV

Forma clinică a TCC	*Simptome psihice*	*Semne neurologice*
COMOȚIE ● traumatism imediat ● abolirea scurtă a stării de conștiență	● suspendarea stării de conștiență pentru o durată de ordinul minutelor ● stare de confuzie consecutivă, pasageră	● areflectivitate ● hipotonie musculară ● simptome vegetative (febră, transpirații, respirație stertoroasă, tahicardie)
CONTUZIE ● traumatism imediat ● comă de durată medie ● semne de focar	● la fel ca în comoție, dar durata abolirii conștienței este mai mare, pînă la comă (ore, zile) ● torpoare consecutivă cu durată mai mare	● la fel ca în comoție ● semne de focar ● iritație meningeală
HEMATOAME INTRACRANIENE ● comoție ● interval liber ● sindrom HIC	● simptomele comoției ● interval liber ce poate dura cîteva zile sau săptămîni, asimptomatic sau cu semne minore (cefalee, astenie, lentoare ideativă) ● stare confuzională ● comă profundă+agitație/apatie, halucinații, idei delirante fragmentare	● cefalee ● vărsături ● amețeli ● semne de focar ● iritație meningeală

În cadrul sindromului psihoorganic acut se mai menționează următoarele aspecte :

- Starea confuzională posttraumatică durează de la cîteva minute pînă la cîteva săptămîni sau luni și se caracterizează prin următorii parametri clinici : traumatism imediat, modificarea cîmpului conștiinței, incoerența ideo-motorie ± producții oneiroide, dezorientare temporo-spațială, amnezie lacunară. Formele clinice pe care le poate îmbrăca sînt următoarele :
  - — starea confuzională simplă (somnolență, dezorientare ușoară, onirism sărac) ;
  - — confuzie stuporoasă (imobilitate, areactivitate, fenomene catatonice) ;
  - — confuzie onirică (activitate onirică terifiantă, agitație psihomotorie, anxietate, torpoare mai redusă în timp) ;
  - — delir acut posttraumatic (idei delirante nesistematizate).
- Sindromul amnestic posttraumatic, care cuprinde :
  - — amnezia anterogradă (perioada de la momentul traumatismului pînă la revenirea memoriei normale) include durata comei, a stării confuzionale și a unei perioade de tranziție ; se termină brusc, după o evoluție de la cîteva minute, pînă la cîteva săptămîni, existînd și posibile confabulații ;
  - — amnezia retrogradă, referitoare la evenimentele cuprinse între traumatism și ultima amintire clară a pacientului înaintea traumatismului ; durata este, de obicei, de cîteva minute ;
  - — sindromul Korsakov posttraumatic definit prin : prezența traumatismului craniocerebral în antecedentele imediate, tulburări de memorie (amnezie, confabulații, false recunoașteri), dezorientare temporo-spațială, euforie. Descris inițial de KRAEPELIN și, apoi, completat de KORSAKOV, sindromul poate apărea fie la ieșirea din starea confuzională posttraumatică (cu prognostic favorabil), fie tardiv (prognostic nefavorabil, cu evoluție spre deteriorare mintală).
- Starea reactivă posttraumatică apare în mod frecvent după epuizarea stării confuzionale și reunește tulburări de intensitate nevrotică : astenia fizică și psihică, hiperestezie senzorială, iritabili-

tate afectivă, anxietate, insomnie, vise terifiante. Durata se poate întinde pînă la cîteva săptămîni.

Sindromul psihoorganic cronic (BLEULER) cuprinde o serie de entități clinice în care sînt prezente : aspectul regresiv al personalității, tulburările caracteriale, de afectivitate, mnezice și ale capacității intelectuale.

- Cerebrastenia posttraumatică (sindrom postcomoțional, sindrom postcontuzional, sindrom subiectiv comun) asociază sindromul neurastenic cu prezența traumatismului și prezintă o evoluție favorabilă după cîteva săptămîni (durata maximă este apreciată la doi ani). Mecanismul de apariție este predominant psihogen, instalîndu-se imediat sau la cîteva săptămîni după epuizarea stării confuzionale (→ CEREBRASTENIE POSTTRAUMATICĂ).
- Encefalopatia traumatică a boxerilor („punch-drunck") reunește scăderea marcată a funcțiilor cognitive cu o stare confuzională ușoară, pe fondul căreia apar reacții colerice (→ ENCEFALOPATIE TRAUMATICĂ A BOXERILOR). Evoluția se face spre un sindrom demențial.
- Epilepsia posttraumatică poate apărea într-o perioadă variind între 6 luni și 2 ani (maximum 5 ani) ; forma cea mai frecventă este epilepsia jacksoniană ; apar tulburări psihice interaccesuale, de tipul viscozității ideative, iritabilității, apatiei, indiferenței.
- Starea psihopatoidă posttraumatică (→ PSIHOPATOIDĂ — stare).
- Sindromul deficitar posttraumatic care include :
  - — deteriorare mintală (traumatism în antecedente, scăderea memoriei asupra datelor recente, bradipsihie, scăderea capacității de abstractizare și generalizare, sărăcirea în modulații a afectivității ;
  - — demența posttraumatică (TCC, deficit intelectual apatie sau euforie prezența criticii bolii, evoluție lentă).

Tulburările psihice secundare se datorează unor mecanisme neelucidate încă, presupunîndu-se că atît traumatismul cranio-cerebral, cît și terenul predispus pot juca un rol (precipitant sau favorizant) în generarea psihozelor posttraumatice (schizofrenie, delir cronic sistematizat, psihoze afective, psihoze reactive) și a nevrozelor (cu aspect predominant depresiv, anxios, fobic, obsesiv, isteric, hipocondriac).

Diagnosticul diferențial vizează, pentru fiecare formă clinică în parte, excluderea unor situații diverse :

TABEL CXCVI

Tulburări psihice posttraumatice	*Entități clinice care trebuie excluse*
● Delirium posttraumatic	● schizofrenie ● psihoze schizofreniforme ● simulație
● Demență posttraumatică	● alte forme de demențe ● schizofrenie ● pseudodemență depresivă
● Sindrom amnestic posttraumatic	● sindromul Korsakov de alte etiologii ● demențe ● simulație
● Sindrom delirant posttraumatic	● psihoze endogene ● halucinoză organică ● sindrom depresiv/hipomaniacal organic
● Halucinoză posttraumatică	● sindroame delirante organice ● demențe ● psihoze endogene ● halucinații hipnagogice și hipnapompice
● Stare psihopatoidă posttraumatică	● stări psihopatoide de alte etiologii ● structuri dizarmonice ale personalității (în special, de tip exploziv) ● psihoze endogene (stadiul rezidual) ● tulburări hipoprosexice (la copii și adolescenți)
● Nevroză posttraumatică	● restul nevrozelor (remisiunea simptomelor sub hipnoză și amital)

În privința diferențierii posibilelor situații de simulație (cu implicații privind unele aspecte medico-legale sau de expertiză a capacității de muncă), trebuie avute în vedere următoarele criterii :

TABEL CXCVII

Nevroză și simulație	*Psihoză posttraumatică*
● traumatismul este minor	● traumatismul este important
● lipsa dorinței de muncă	● solicitarea schimbării muncii
● stare de tristețe, hiperemotivitate	● stare de indiferență și iritabilitate (alternativ)
● tendință de a exagera simptomele : imprecizie, multiplicare	● relativă fixitate a simptomelor
● efect favorabil al pensionării	● nici un efect al pensionării
● efect favorabil al alcoolului	● efect defavorabil al alcoolului, cu posibilă declanșare a crizelor de epilepsie
● agravarea trăsăturilor anterioare ale personalității	● ruptură față de personalitatea anterioară

În ceea ce privește prognosticul tulburărilor legate de TCC, se pune mai întîi problema prognosticului vital (leziuni traumatice asociate, complicații respiratorii și metabolice, tipul leziunii encefalice, nivelul suferinței cerebrale, terenul). Abcesele intracerebrale și hematoamele subdurale acute prezintă un mare risc de mortalitate, în timp ce anumite zone cerebrale, în special lobii frontali, pot „suporta" importante pierderi de substanță, cu o toleranță imediată și secundară surprinzătoare (LÉGER și DUMOND, 1985).

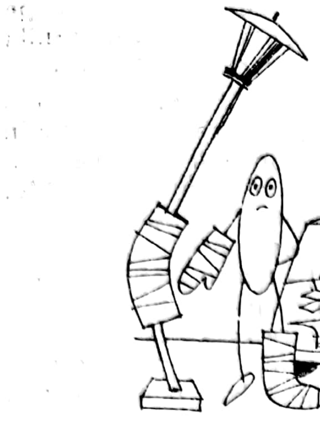
Simptomatologia psihică posttraumatică poate avea o evoluție staționară sau progresivă, episodică și progresiv-rezolutivă. Prognosticul, în general favorabil, este influențat însă în mod hotărîtor de existența factorilor de risc (complicații organice sau psihologice). Se pare că vîrsta sub 30 de ani și durata comei sub trei luni constituie factorii favorabili. Între durata amneziei posttraumatice și perioada de incapacitate temporară de muncă pare a exista următoarea relație : o oră determină o lună de incapacitate temporară de muncă (ITM) ; mai puțin de o zi — pînă la două luni ITM ; mai puțin de o săptămînă — pînă la patru luni ITM ; mai mult de o săptămînă — pînă la un an ITM.

Complicațiile psihogene pot apărea datorită dificultăților de readaptare a bolnavului la situația post TCC, unele reacții emoționale specifice sau declanșarea unei psihoze latente. S-a observat că tipul introvert de personalitate este defavorizat în comparație cu cel extrovert (un prognostic de circa două ori mai bun).

Asocierea TCC cu alte tulburări somatice preexistente (diabet zaharat, alcoolism, arterioscleroză cerebrală, senilitate, neurosifilis, oligofrenie sau epilepsie) amplifică severitatea prognosticului în cazul unor tulburări psihice etichetate (uneori fals) ca psihoze posttraumatice.

Precocitatea și calitatea programului de resuscitare și reabilitare a bolnavului joacă un rol foarte important în perioada acută a bolii, reducînd riscul sechelelor prelungite și invalidante. În ultimii ani, în literatura de specialitate s-a impus noțiunea de psihotraumatologie, exprimînd necesitatea teoretică și practică de evaluare și supraveghere a tratamentului acestor bolnavi.

491. TRAUMATOFILIE (cf. gr. *trauma* „rană" ; *philia* „atracție") — sin. ACCIDENTOTROPISM ● Tendință a unor subiecți, mult mai accentuată decît a mediei indivizilor, de a fi antrenați în accidente. Unii autori o consideră o veritabilă boală psihosomatică ale cărei origini s-ar afla în prima copilărie (HAYNAL, PASSIN). FRANKL consideră traumatofilia ca o lipsă de dezvoltare a funcției de autoapărare a individului, iar HEDRI o leagă de o posibilă autoagresivitate, care poate ajunge pînă la nivelul unei suicidalități latente. Subiectul traumatofil se caracterizează prin impulsivitate, decizii pripite, sensibilitate deosebită la frustrare, incapacitate decizională, deturnare a agresivității, discoordonare motorie și stîngăcie în mișcări, dorință inconștientă de autopedepsire. Dealtfel, chiar FREUD în „Psihopatologia vieții cotidiene" a arătat posibilitatea folosirii accidentului ca mijloc auto-



punitiv. Între factorii care duc la declanşarea efectivă a situaţiei accidentale se numără deprimarea, oboseala, iritabilitatea (→ PREDISPOZIŢIE PENTRU ACCIDENTE).

492. **TRAUMATOFOBIE**(F) (cf. gr. *trauma* + *phobos* „frică") ● Frică morbidă, nejustificată de a se răni sau de a fi rănit. Este caracteristică personalităţilor anancaste, senzitive sau nevrozei obsesivo-fobice.

493. **TRAUMĂ PSIHICĂ** (cf. gr. *trauma*) — sin. TRAUMATISM PSIHIC ● Eveniment intens din existenţa unui individ, care-i produce şoc şi este însoţit de reacţii emoţionale, perturbînd echilibrul persoanei şi răspunsul său adecvat. Efectele patogene ale acestui eveniment sînt durabile şi pot influenţa organizarea ulterioară a personalităţii (cînd este vorba de traumele din copilărie). Traumatismul presupune faptul că persoana în cauză nu reuşeşte să stăpînească evenimentul intens, constînd într-un „aflux de excitaţii". Aceste excitaţii nu sînt supuse unui travaliu de elaborare psihică. În genere, limbajul de specialitate foloseşte ca sinonime noţiunile de „traumă" şi „traumatism". O diferenţă ar consta în faptul că „traumatismul" trimite mai mult la consecinţele evenimentului, iar „trauma" la evenimentul în sine.

În concepţia economică a lui FREUD, traumatismul este un „aflux excesiv de excitaţii", intolerabil pentru aparatul psihic, aflux care sparge bariera protectoare a para-excitaţiilor şi perturbă funcţionarea organismului după principiile constanţei şi plăcerii.

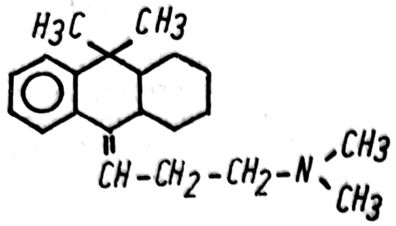
FREUD consideră că etiologia nevrozei se află în experienţe traumatice, în special în acelea suportate de individ în copilărie. Rememorarea acestor experienţe, verbalizarea lor, trecerea lor într-o elaborare psihică ar constitui efectul terapeutic al curei analitice, alături de abreacţie. Dar, dincolo de evenimentul obiectiv traumatizant, efectul traumatizant depinde şi de condiţiile exterioare şi psihologice ale receptării evenimentului. Efectul traumatic se datorează, pe de o parte, intensităţii evenimentului (încărcătura patogenă a evenimentului şi apariţia sa bruscă), pe de altă parte, acest efect este cu atît mai puternic (şi dezechilibrant) cu cît el acţionează asupra unei structuri psihice labile, cu elemente conflictuale.

Tot în concepţia sa etiologică asupra nevrozelor, FREUD leagă traumatismul de defensă (importanţa conflictului defensiv în geneza isteriei şi a „psihonevrozelor de defensă"). Traumatismul, prin efectul său, provoacă defense patologice ale Eului, defense al căror model este refularea. FREUD consideră ca esenţiale două momente : momentul originar, acela în care copilul suportă o scenă de seducţie (seducţia originară constînd în tentativa sexuală pe care un copil o suportă din partea unui adult, tentativă ce nu provoacă, la copil, o excitaţie sexuală) ; momentul ulterior, al doilea moment în care o situaţie aparent nesemnificativă, banală, evocă scena originară a seducţiei printr-o legătură asociativă (această a doua situaţie apare de obicei după pubertate). Astfel, prima scenă devine traumatică, deci patogenă, prin amintirea ei, prin provocarea ei de către a doua scenă. Aceasta din urmă are valoare de traumatism în măsura în care o activează pe prima, activează deci „o excitaţie endogenă", o fantasmă.

Concepţia freudiană asupra traumatismului în etiologia nevrozelor se completează cu teoria sa asupra stadiilor şi fixaţiilor libidinale. În acest sens, traumatismul este înţeles în exclusivitate ca eveniment ulterior, apărut mai tîrziu în viaţa individului ; traumatismul nu se mai extinde şi asupra experienţelor infantile care au generat diferitele fixaţii libidinale (astfel traumatismul se apropie de frustrare). Traumatismul rămîne un eveniment puternic încărcat patogen pentru nevrozele numite de FREUD „traumatice", în care evenimentul traumatizant devine parte a conţinutului simptomatic, generînd o „fixaţie la traumă" (→ NEVROZĂ TRAUMATICĂ).

După a doua topică freudiană, situaţia traumatică provoacă angoasă. Pentru a nu fi invadat de angoasă, Eul îşi mobilizează defensele. Astfel, Eul este dublu atacat : pe de o parte, de evenimentul exterior, pe de alta, de exigenţele pulsionale interne (afluxul excitaţiilor interne devine nucleul pericolului).

494. **TRAUSABUN**(M) Iugoslavia, Olanda, Germania — DCI *Melitracen* ● Antidepresiv timoleptic, derivat antracenic de tip 9-(3-di-



metilaminopropiliden)-10,10-dimetil-9,10-dihidroantracenă, indicat în depresiile cu inhibiţie psihomotorie, contraindicat în delirurile acute.

495. **TRAUSABUR**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

496. **TRAVALIU DE DOLIU** (cf. fr. *travail* „muncă, lucru") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ELABORARE A DOLIULUI.

497. **TRAVERSE SOFT**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acţiune marcat sedativă, hipnotică şi antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu neuroleptice incisive.

498. **TRAVERSOR**$^{(M)}$ Mexic — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

499. **TRAVESTIRE** (cf. fr. *travestir*) ● Deghizare prin intermediul vestimentaţiei, machiaj sau alte accesorii, pe care o abordează un individ pentru a-şi ascunde identitatea reală sau pentru a-şi disimula sexul. Modalitate uzual folosită în teatru, poate fi întîlnită şi în viaţa cotidiană, fie ca un capriciu al modei (moda masculinizantă adoptată de femei), fie ca mijloc de amuzament, dar şi ca o modalitate adoptată de unele persoane pentru a şoca, pentru a atrage atenţia, pentru a fi originale cu orice preţ (de exemplu, George SAND adopta îmbrăcăminte masculină, fuma trabuc).

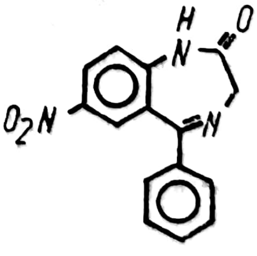
Travestirea poate fi folosită de anumiţi delincvenţi pentru a-şi ascunde identitatea reală, în scopul de a nu fi recunoscuţi. În acelaşi scop poate fi folosită şi îmbrăcămintea sexului opus. În rîndul tineretului, travestirea este adoptată şi ca modalitate de protest împotriva conformismului, ca modalitate de a-i contraria pe adulţi printr-o vestimentaţie extravagantă, asociată cu aranjamente capilare şocante.

Din punct de vedere psihiatric, travestirea este importantă ca manifestare patologică în următoarele cazuri : mitomanul care îşi construieşte prin travestire o identitate dorită, dar falsă, pentru atingerea scopurilor sale ; istericul care se travesteşte pentru a uimi şi pentru a atrage atenţia ; maniacalul, pentru care travestirea este o formă de a „se juca" ; delirantul cronic, la care deghizarea relevă numai unul dintre semnele modificării de profunzime a personalităţii sale ; homosexualii, perverşii sexuali, dizarmonicii, la care travestirea apare ca cisvestitism dsau transvestitism.

500. **TRAVESTITISM/TRANSVESTITISM** (cf. lat. *trans* „peste, dincolo" ; *vestire* „a se îmbrăca") — sin. CASTROFILIE ● Mod de expresie a unei deviaţii sexuale, constînd în adoptarea vestimentaţiei specifice sexului opus. Apare mai frecvent la bărbaţi, cînd se numeşte EONISM, dar şi la femei (POROT). De obicei, subiecţii obţin satisfacţia sexuală prin masturbaţie sau relaţii homosexuale. Autorii de limbă franceză încadrează travestitismul în grupul perversiunilor sexuale prin deformarea imaginii de sine, iar DSM III în grupa parafiliilor, deosebind travestitismul de homosexualitate.

Travestitismul apare de cele mai multe ori sporadic, tranzitor, la subiecţi de obicei heterosexuali. Poate ajunge însă la uranism, homosexualitate pasivă, fiind manevrat pentru a „provoca" şi „atrage" bărbaţii. În afara perversiunilor sexuale, travestitismul poate apărea şi la psihotici ; complicaţiile medico-legale sînt rare (legate mai ales de furtul obiectelor de îmbrăcăminte feminină).

501. **TRAZENIN**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.



502. **TRAZODONE**$^{(M)}$ Spania → DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorfenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo/4,3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efectele secundare sînt practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

503. **TRĂIRE CORPORALĂ ȘI PSIHICĂ** ● Aspect al raporturilor dintre psihic și somatic, integrîndu-se în același timp în ansamblul de elemente care compun unitatea persoanei. Diferitele senzații pe care fiecare individ le percepe în interiorul corpului său constituie un suport al identității de sine și, în același timp, influențează tonalitatea timiei.

În context patologic trăirea corporală poate suferi modificări importante, fie ca expresie directă a procesului maladiv, fie ca reacție la dezechilibrul funcțional pe care boala îl antrenează. Orice act terapeutic deci trebuie să țină seama de noțiunea de trăire corporală.

Manifestările cele mai frapante ale modificării trăirii corporale în raport cu psihicul se regăsesc în tabloul clinic al psihozelor, schizofrenia oferind, în această privință, aspectele cele mai interesante. Complexitatea modificărilor trăirii corporale oferă calitatea unui veritabil simbol al tansformărilor profunde produse în persoana bolnavului. Psihoza maniaco-depresivă poate fi, de asemenea, însoțită de modificări considerabile ale trăirii corporale.

O altă categorie de afecțiuni în care tabloul clinic include modificări de trăire corporală sînt bolile neurologice. Aici însă este vorba de o modificare în sens strict patologic, cauza organică fiind certă. Stările confuzionale sau oneiroide însoțite de depersonalizare și chiar multe nevroze sînt legate de apariția unor tulburări somatice, sub forma modificărilor de trăire corporală. Bolile psihosomatice, toxicomaniile, unele psihopatii, sînt alte grupări nosografice în al căror tablou clinic sînt evidențiabile astfel de tulburări.

Senzația de „bine" fizic este deci foarte importantă în contextul relației medic-pacient deoarece trăirea corporală poate fi considerată un fel de barometru al echilibrului psihoafectiv cotidian, al bucuriei de a trăi și, de asemenea, un posibil semnal de alarmă.

Restabilirea unei trăiri corporale satisfăcătoare reprezintă o sarcină terapeutică deosebit de importantă, iar menținerea ei la un nivel pozitiv — un element profilactic de prim ordin.

504. **TRĂIRE DEPRESIVĂ** ● Concept cu semnificații în introspecționismul obiectual al lui BERGSON și în cel fenomenologic al lui HUSSERL ; conținutul lui este legat de varianta psihopatologică a conceptului de trăire psihică (→ TRĂIRE PSIHICĂ). Conștiința pe care o capătă un subiect uman și forma sub care aceasta se manifestă în „momentele" de sumbră încărcare afectivă negativă, ocazionate de depresie, poate fi considerată o conștiință prereflexivă a Sinelui la nivel patologic — o trăire depresivă.

După cum relevă A. TATOSSIAN (1983), în aprecierea trăirii depresive trebuie luate în considerare atît trăirea medicului în fața depresivului, cît și cea a anturajului bolnavului. Această trăire nu este nici pe departe numai un conglomerat de simptome, un ansamblu de impresii intuitive, imediate și fluctuante conform împrejurărilor. Concepută ca mod global de a fi al depresivului, trăirea depresivă se prefigurează ca o percepere particulară a fenomenelor din sfera corporalității, temporalității și relaționării — mult mai stabilă decît simptomele.

Deși în ultimă instanță depresia se circumscrie modificărilor biologice și neurobiologice din organism, exprimate prin simptome, acestea suferă, la rîndul lor, multiple „filtrări" din partea influențelor de ordin educativ, social și cultural, care „predetermină" intensitatea și modalitatea prin care subiectul își „simte" și descrie suferința.

În această concepție, trăirea depresivă constituie un strat bazal al elaborării depresive, aflat cel mai aproape de modificările neurobiologice. Cunoașterea acestui tip de trăire devine astfel necesară orientării intervențiilor terapeutice (psihologice, familiale, sociale) și a responsabilității legate de acestea, risipind vălul de „lux teoretic" pe care trăirea depresivă l-ar putea sugera, la prima vedere.

505. **TRĂIRE PSIHICĂ** ● Stare psihică subiectivă, conștientă sau conștientizată în care există, simultan, elemente ale unor procese psihice din categorii diferite (emoționale, cognitive). P. POPESCU-NEVEANU o definește drept „unitate de bază a psihismului", avînd un caracter procesual. Conceptul este relevant din perspectiva următoarelor curente :

- introspecționismul (orientare a studiului, a observației și analizei spre stările interioare proprii, în desfășurarea/înlănțuirea lor) ;
- psihologia fenomenologică (explicarea semnificației stărilor conștiinței prin intuiția participantă ; de aici, psihologia comprehensivă, bazată pe studiul fenomenologic al lucrurilor și al stărilor sufletești ; se aplică numai cazurilor particulare. Intuiția participantă desemnează

un tip particular de „comprehensiune" psihologică a celuilalt, întemeiată pe intuiția imediată, pe capacitatea de a resimți, într-un anume grad, ceea ce trăiește interior cel din fața noastră) ;

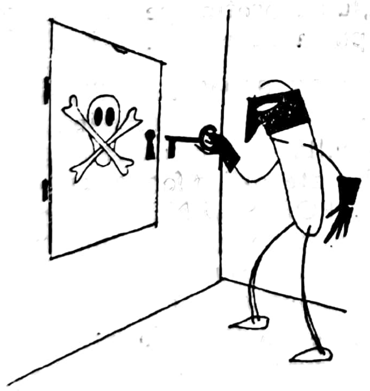
- existențialismul (al cărui obiect îl constituie omul rănit, adesea disperat, confruntîndu-se cu propria nefericire, omul ca ființă în sine, tinzînd spre transcendență).

Fiecare dintre aceste curente a accentuat unul sau altul dintre aspectele trăirii psihice ; dincolo de sublinieri și deformări, trăirea psihică există ca manifestare subiectivă interioară, de amploare variabilă ; ea se poate transforma în acțiune și, în acest caz, amplifică energia unui motiv sau devine ea însăși motiv (restructurează un comportament sau îl reorientează).

Reveria este o trăire psihică particulară : stimulii din exterior sînt percepuți atenuat, conștiința este îndreptată spre derularea ideilor exprimate prin imagini vizuale, supuse dinamismului afectivității. Reveria depinde, în special, de caracteristicile personalității ; poate fi o modalitate de apărare cu semnificație compensatorie sau o trăire psihică pasivă, care, de obicei, nu trece în acțiune, provocînd satisfacții prin ea însăși, în plan mintal, imaginar.

Alte categorii de manifestări psihice cu puternice implicații afective pot fi comparate cu trăirea psihică ; ea este însă un fenomen care presupune integritatea conștiinței.

506. **„TRĂIRI CHEIE"** ● Sintagmă introdusă de KRETSCHMER, în 1922, pentru a defini acele trăiri specifice unei anumite personalități, care generează reacții caracteristice, de intensitate deosebit de puternică. KRETSCHMER afirmă că aceste trăiri se potrivesc notelor caracteriale ale subiectului, „precum cheia în broască" (de unde și denumirea), subliniind rolul lor deosebit în dezvoltările anormale ale personalității, în special în delirul senzitiv.



507. **TRĂSĂTURĂ** ● Aspect bine conturat, distinctiv, esențial sau semnificativ al unei persoane, creații, doctrine, epoci sau al unui portret, ansamblu, proces, fenomen.

În psihologie, termenul este echivalent cu noțiunile de însușire sau particularitate, caracterizate printr-o relativă stabilitate. Astfel, sînt descrise trăsături ale diferitelor procese sau fenomene psihice (de exemplu, ale atenției, memoriei, gîndirii), trăsături temperamentale, caracteriale sau comportamentale ale personalității. Fiecare trăsătură psihică are o semnificație generală și una concretă, particulară, o structură specifică sau o organizare internă sintetică și un anumit grad de dinamism, dispunînd concomitent de constanță și flexibilitate și integrîndu-se ierarhic într-o macrostructură (de exemplu, caracter, personalitate), interacționînd cu celelalte trăsături psihice. Există ca potențialitate și se actualizează circumstanțial, fiind în majoritatea cazurilor decelabilă, direct sau pe cale deductivă.

Clasificarea trăsăturilor psihice depinde de sistemul referențial adoptat și variază după autori. În acest sens s-au făcut distincții între următoarele categorii de trăsături : esențiale și accidentale ; individuale și generale ; simple și complexe ; comune și proprii ; cardinale (teleonomice), centrale (principale) și secundare (G. ALLPORT) ; direcționale (motivaționale sau atitudinale) și stilistice (instrumentale sau aptitudinale) ; „de adîncime" sau profunde și „de suprafață" sau elementare (R. D. CATTELL).

S-au inventariat între 4 000 (după L. KLAGES) și 17 000 (G. ALLPORT și ALBERT) trăsături de personalitate. Trăsăturile de comportament sau de personalitate pot fi definite drept clase de echivalențe, în sensul recunoașterii lor, în diferite momente, la același individ, dar și la indivizi diferiți, ca suită de reacții sau manifestări caracteristice sau tipice.

508. **TREBUINȚĂ** ● Necesitate internă a organismului care determină o anumită tendință sau un anumit efect principal ; trebuința este o potențialitate organică sau dispoziție de a reacționa într-un anume mod în condiții date (MURRAY). După H. PIÈRON, trebuințele sînt „manifestări naturale ale sensibilității interne, care provoacă o tendință la împlinirea unui act sau la căutarea unei categorii de obiecte". Trebuința aparține categoriei fenomenelor motivaționale, studiul ei inserîndu-se în studiul factorilor care determină apariția și direcționarea diferitelor ma-

nifestări de conduită. Trebuința, ca necesitate a organismului, se activează și se actualizează clinic, ea produce în organism o perturbare, o stare de alarmă, de neliniște, de încordare ; trebuința se poate constitui în experiență a unei lipse, fără ca subiectul să aibă conștiința obiectului de satisfacere. Cînd în conștiință apar imaginile obiectului trebuinței, atunci este vorba de dorință. Ca atribut latent al organismului, trebuința semnifică faptul că o anume activitate orientată este aptă să se reproducă. Ea este un determinant esențial pentru o anumită specie de comportament; astfel, dacă trebuința nu este activată și nici în disponibilitate de activare, stimulii specifici nu provoacă răspunsuri (de exemplu, un animal abia hrănit nu reacționează la hrană).

Deși unitară ca manifestare internă a organismului, trebuința este diversificată în categorii (clase) de trebuințe, fiecare clasă reprezentînd o trebuință principală, cu diferite forme de manifestare (de exemplu, clasa trebuințelor psihogene conține trebuința de achiziție, trebuința de conservare, trebuința de ordine etc. — MURRAY). Ciclul unei trebuințe simple, implică, după MURRAY :

- o perioadă refractară — nici o excitație nu trezește trebuința ;
- o perioadă de disponibilitate — trebuința este inactivă, dar susceptibilă de a fi excitată ;
- o perioadă activă — trebuința declanșează un comportament specific.

Cînd o trebuință devine activă, ea produce un comportament cu orientare specifică, chiar în lipsa obiectelor specifice de satisfacere. Acesta este un comportament de căutare a obiectului. Expresia orientării, a direcționării activității într-un anume sens constituie o tendință, care are o determinare bilaterală : din interior (de către trebuință) și din exterior (prin calitățile obiectelor de satisfacere). Se poate întîmpla ca o tendință să declanșeze un act care, datorită unui accident sau unei inabilități a organismului, să nu ducă la o situație finală, la un efect total ; există numai o direcție evidentă a mișcărilor și unele rezultate incipiente ce permit o sesizare a efectului căutat ; această înlănțuire de efecte (sau subefecte) alcătuiesc tendința. Se înțelege deci prin tendință orientarea mișcărilor cu pornire într-o situație inițială, dar care nu ating o situație finală stabilă (definitivă) datorită unor obstacole. Criteriul pentru distingerea unei trebuințe este manifestarea din partea subiectului a unui comportament-efect sau a unei tendințe. Baza neurofiziologică a trebuințelor se referă la trebuințele primare, legate de condițiile neurofiziologice ale organismului. După LASHLEY și BEACH, motivația este rezultatul influențelor nervoase și umorale conjugate asupra mecanismelor nervoase centrale ; de aici concepția multifactorială. BEACH confirmă ipoteza lui LASHLEY prin studiul asupra pulsiunii sexuale. LORENZ și TIMBERGEN consideră că comportamentul instinctiv depinde de modificările interne, simultane cu stimulii externi, care declanșează manifestarea, detensionînd mecanismul nervos central.

Schema nervoasă centrală multifactorială ar fi următoarea (după STELLAR, citat de J. DELAY și P. PICHOT, 1964) :

- diencefalul, probabil hipotalamusul, este sediul în care se află mecanismul integrator responsabil de declanșarea comportamentului motivat ; există, pentru fiecare pulsiune doi centri : unul care favorizează manifestarea, altul care o inhibă ;
- mecanismul central este supus unor influențe senzoriale (auditive, vizuale, olfactive, care se pot conjuga) ; ele pot deveni activatoare sau inhibitoare printr-un proces de învățare (un stimul senzorial ineficient poate deveni, prin învățare, activator sau inhibant) ;
- influențe hormonale, metabolice, endocrine (pe cale sanguină sau prin lichidul cerebrospinal) se exercită de asemenea asupra mecanismului integrator ; se presupune că există receptori specializați în centrii diencefalici ;
- alte părți ale sistemului nervos central, în special cortexul și rinencefalul, legate de hipotalamus, au rol în organizarea comportamentului declanșat.

Teoria personologică (H. MURRAY) consideră trebuința, în cadrul motivației, ca fiind un element de bază în sistemul personalității. Teoria lui MURRAY se orientează parțial după psihanaliză (FREUD, ADLER, JUNG), parțial după ipoteza dinamistă a lui Mc. DOUGALL și după școala lui K. LEWIN. O altă categorie de observații, informații și fapte pe care le integrează concepția sa sînt obținute printr-un studiu clinic și experimental pe 50 de subiecți cu vîrstă corespunzătoare studiilor universitare, la Clinica de Psihologie de la Harvard. MURRAY consideră ca esențială în cunoașterea și înțelegerea manifestărilor umane perspectiva motivațională. Ansamblul motivelor conduitei umane este reprezentat printr-un număr suficient de mare de variabile și de combinări ale acestor variabile. Printre principalele repere (argumente) utilizate de MURRAY într-o teorie a personalității pot fi menționate următoarele considerații :

- organismul reacționează printr-o succesiune ritmică de activități și repausuri, determinată majoritar de factori interni ; conduita unui individ nu poate fi apreciată fără să se considere situația (fizică sau socială) în care individul se află ; există însă condiții interne, proprii acestui individ și numai lui, astfel încît două organisme sînt neasemănătoare dacă ele reacționează identic în situații diferite sau dacă reacționează diferit în situații identice ;
- mediul exterior trimite asupra organismului influențe. Influența este o formă (organizare) temporară de stimuli, care, în mod obișnuit, apare fie ca amenințare de pericol, fie ca promisiune de satisfacție ;
- un comportament complex revine la o combinare particulară de tip influență-trebuință. Această combinare este numită de MURRAY temă : există teme simple și teme complexe. „Biografia unui om (în definire abstractă) este o succesiune sau o combinare istorică de teme". Statutul unui organism/individ, în cimpul său social depinde în mare măsură de jocul satisfacțiilor și al frustrațiilor (succes și eșec) ;
- organismul este pus în permanență în situații diferite, el asimilează, diferențiază, respinge, integrează, alege mereu cîte ceva, deosebit de ceea ce a fost în momentul anterior. „Viața este o suită ireversibilă de evenimente non-identice". În acest sens există numai posibilitatea de predicție între evenimentul sigur și evenimentul imposibil, există grade de previzibil, în funcție de parametrii interni și externi și de combinările lor. Dar există în individ și teme repetitive, manifestări care se repetă deoarece impresii, situații, evenimente lasă urme (trasee), care pot fi reactivate („ceva din trecut rămîne totdeauna viu în prezent" — de aici importanța unor episoade din copilărie și, în genere, din perioada de formare a persoanei) ;
- omul se constituie printr-un ansamblu de experiențe majore, care se valorizează diferit într-o lume interioară de așteptări, alegeri, dominante și într-o lume exterioară de influențe, orice eveniment fiind însoțit de o variabilă afectivă (plăcere sau neplăcere). Între trebuință și plăcere-neplăcere există o legătură strînsă, astfel încît trebuința devine mai importantă decît tipul de acțiune în sine.

MURRAY împarte trebuințele în două mari categorii : trebuințe primare (viscerogene) și trebuințe secundare (psihogene). Primele sînt în raport cu satisfacțiile de natură fizică, celelalte în raport cu satisfacțiile mintale sau emoționale.

Trebuințele viscerogene sînt trebuințele : de apă, de aer, de hrană, sexuale, de lactație, de micțiune, de defecație, de evitare a suferinței, de evitare a vătămărilor, a căldurii, a frigului etc. ; se admite de asemenea o trebuință de pasivitate în cadrul somnului, repausului. Aceste trebuințe au o importanță inegală ca variabile ale personalității ; ele devin elemente dominante ale personalității numai dacă există un obstacol în satisfacerea lor ; dacă această satisfacere este garantată, ele pot fi neglijate (de exemplu, trebuința de hrană este foarte importantă, totuși ea capătă rar o importanță personologică, dacă hrana poate fi asigurată fără dificultăți ; în schimb, trebuința sexuală depinde de cooperarea cu o altă persoană, aici intervenind emoții, rivalități, care îi amplifică importanța). Trebuințele viscerogene sînt pozitive sau atractive (îndreaptă organismul în sens pozitiv, spre alte obiecte) și negative sau repulsive (forțează organismul să se separe de obiecte) ; astfel, trebuințele pozitive trec în dorința de a atinge o situație finală, în timp ce trebuințele negative trec în dorința de a scăpa de o situație inițială.

Trebuințele psihogene (secundare) derivă (ipotetic) din cele primitive și corespund unor sisteme de reacție și unor dorințe care se organizează în timp. Există mai multe categorii de trebuințe psihogene :

- trebuințe care se raportează la acțiuni asociate cu obiecte inanimate : trebuința de Achiziție (a cîștiga posesiuni și proprietăți, a lua, a fura lucruri, a lucra pentru bani sau pentru obiecte) ; trebuința de Conservare (a colecționa, a repara, a curăța, a păstra lucrurile, a proteja propria persoană împotriva necazurilor) ; trebuința de Ordine (a aranja, a organiza, a curăți, a fi scrupulos și precis) ; trebuința de Retenție (atitudine tezaurizatoare, a refuza împrumutarea lucrurilor, a le păstra, a fi econom, a îngrămădi lucrurile, avariția) ; trebuința de Construcție (a organiza și a construi) ;

- trebuințe care se raportează la ceea ce în mod comun se numește ambiție, putere, împlinire, prestigiu : trebuința de Superioritate (voința de putere asupra oamenilor, lucrurilor, ideilor și eforturi pentru a obține aprobarea celor din jur și o situație socială ridicată) ; trebuința de împlinire (atitudine realizatoare, depășirea obstacolelor, efortul de a face cît mai bine un lucru dificil) ; trebuința de Considerare (a suscita elogii și recomandări, a cere respect, a căuta distincții sociale, prestigiu, funcții înalte) ; trebuința de Exhibiție (a atrage atenția asupra propriei persoane, a se amuza, a face zgomot, a șoca, dramatizare de sine) ;
- trebuințe care se raportează la/se leagă de apărarea poziției actuale și evitarea umilirii complementare trebuinței de împlinire și trebuinței de Considerație ; trebuința de inviolare (care generează atitudini și tentative de prevenire a deprecierii amorului propriu, păstrarea renumelui, adaptarea la critică, menținerea „distanței psihologice" ; trece în orgoliu și susceptibilitate ; poate duce la izolare, reticență, disimulare ; se divide în : trebuința de evitare a Inferiorității, trebuința de Apărare și trebuința de Reacție, ca atitudine de a obține favoare după o frustrare, de a depăși înfrîngerea prin revanșă) ;
- trebuințe care se referă la puterea exercitată, contrariată, suportată, la manifestarea independentă a conduitelor, la evitarea influențelor, la incitare și supărare, la comandă și dirijare : trebuința de Dominare (a influența și a controla pe altul, a convinge, a interzice, a dicta, a organiza comportamentul unui grup) ; trebuința de Supunere (a admira și a urma cu plăcere un obiect superior, a coopera cu un șef, a servi pe cineva cu plăcere) ; trebuința de Similitudine (atitudine sugestibilă, a simpatiza, a imita, a fi sensibil la emulație, a se identifica cu altul) ; trebuința de Autonomie (a rezista la influență, a sfida o autoritate, efort pentru independență) ; trebuința de a Contraria (a acționa diferit de alții, a fi unic, a o lua întotdeauna în partea opusă, a avea puncte de vedere nonconvenționale). Din trebuințele de Dominare și de Supunere se degajă două trebuințe care alcătuiesc cuplul sadomasochist : trebuința de Agresiune (a asalta, a insulta, a răni, a blama, a acuza, a ridiculiza, a pedepsi cu severitate — sadismul) și trebuința de Umilire (a se preda, a accepta pedeapsa, a ierta, a se confesa, a se deprecia — masochismul) ;
- trebuințe care se referă la relația afectivă de la persoană la persoană : trebuința de Afiliație (a face prietenii și asociații, a saluta, a se bucura, a coopera cu alții, a iubi, a intra în grupuri) ; trebuința de Rejecție (a ignora, a exclude un obiect, a rămîne la distanță) ; trebuința de a Proteja (a hrăni, a ajuta sau a proteja un obiect slab, a-și exprima simpatia, a fi matern) ; trebuința de Ajutor (a căuta ajutor, protecție, simpatie, a cere milă, a fi dependent) ; trebuința de Joc (a se amuza, a căuta diversiuni și divertismente, a rîde, a evita tensiunile serioase).

Sînt considerate și trebuințe complementare, legate de viața socială : trebuința de a cere (atitudine investigativă, a explora, a pune întrebări, a inspecta, a căuta cunoașterea) și trebuința de a expune (atitudinea de a informa, a demonstra, a explica, a interpreta, a face o comunicare).

În cadrul trebuinței sexuale au fost subsumate : instinctul sexual propriu-zis sau trebuința sexuală propriu-zisă, toate tendințele care caută și servesc plăcerea simțurilor (de exemplu, trebuința de senzații, erotismul oral, anal, genital), toate dorințele și acțiunile care sînt însoțite de excitație genitală sau de stare emoțională, toate manifestările iubirii și ale sentimentelor, dragostea de sine, narcisismul ca manifestare a libidoului investit în Eu.

Între trebuințe există relații de fuziune (un tip de acțiune satisface mai multe trebuințe), de subordonare (una sau mai multe trebuințe sînt activate în serviciul alteia), de conflictualitate (întîlnirea a două trebuințe contrare). Nivelurile de expresie ale trebuințelor pot fi diferențiate prin :

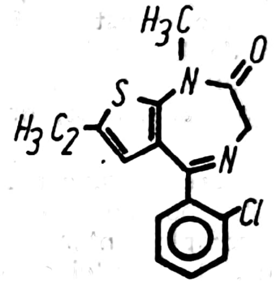
- trebuinţe obiectivate (manifestate evident) : orice acţiune reală, dirijată în mod responsabil spre un obiect actual, fie că este sau nu precedată de o dorinţă sau intenţie conştientă ;
- trebuinţe semi-obiectivate : activitatea evidentă este dirijată în mod ludic şi imaginativ spre obiecte imaginare (joc, reprezentări dramatice, practici rituale, religioase, activităţi artistice, creaţie artistică) ;
- trebuinţe subiectivate : orice activitate susţinută de o trebuinţă care nu-şi găseşte expresia evidentă (dorinţe, tentaţii, vise, participare simpatică sau empatică la viaţa altei persoane, care obiectivează/împlineşte trebuinţele sale asemănătoare cu impulsurile sau dorinţele reprimate/inhibate ale subiectului).

Există un nivel manifest şi un nivel latent al trebuinţelor : primul reprezintă obiectivarea lor, desfăşurarea lor în acţiuni atunci cînd sînt suscitate ; al doilea (nivelul latent) se referă la faptul că trebuinţa fie că nu se manifestă obiectiv, fie, dacă se manifestă, ia un curs ireal ; aşadar, nici o trebuinţă nu este propriu-zisă latentă.

MURRAY consideră că în aprecierea unui individ uman este important să se cunoască ce trebuinţe sînt periodic satisfăcute şi ce trebuinţe au fost sau sînt în mod regulat frustrate. O trebuinţă, fie ea conştientă sau nu, poate fi obiectivată sau subiectivată ; de regulă, trebuinţele inconştiente sînt în opoziţie cu personalitatea socială (cu exigenţele sociale care se impun persoanei) ; ele se exprimă în visuri, viziuni, explozii non-premeditate, lapsusuri, acte ratate, nenumărate deghizări, care pot fuziona cu trebuinţe acceptate, conştiente, în proiecţii şi în general în toate simptomele neuropsihice, în special în cele din nevroze.

Orice trebuinţă recunoscută ca atare este acceptată şi poate fi stăpînită. Orice trebuinţă necunoscută şi neacceptată de individ generează dorinţe false, care îl angajează pe o cale de satisfacere necorespunzătoare trebuinţei reale sau îl opresc de la angajare. Trebuinţa este unitatea motivaţională strict necesară, fără de care nu există manifestare. Ea reprezintă factorul cauzal în comportament, în trăire, în alegere. Psihopatologia afectează nu atît trebuinţele primare (şi cele secundare), cît modalităţile lor de expresie. Psihologia patologicului este psihologia expresiei patologice a trebuinţei. Cea mai profundă modificare a acestei expresii, modificare însoţită şi de un anumit grad de ireversibilitate, se produce în procesul psihotic. Orice psihoterapie vizează cunoaşterea de sine, ca şi cunoaşterea trebuinţelor proprii şi a structurării satisfacţiilor în plan psihologic (subiectiv) şi în planul realităţii (obiectiv). Domeniul de elecţie în care se manifestă trebuinţa este domeniul alegerii, deci al relaţiei subiectului cu obiectul. Aprecierea unei trebuinţe, conştiente sau inconştiente, se face după obiectul ales, deci după conduita şi activitatea de căutare a satisfacţiei. Orice psihoterapie (mai puţin terapiile comportamentale) vizează conştientizarea trebuinţelor şi aprecierea modalităţilor de satisfacere care aduc individului beneficiul optim. Psihologia, indiferent de faptul că se referă la procesul mintal normal sau morbid, este ştiinţa care are drept obiect de studiu motivul, în ultimă instanţă Trebuinţa.

509. **TRECALMO$^{(M)}$** Germania — DCI *Clotiazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-clorfenil)-7-etil-1,3-dihidro--1-metil-2H-tienol/2.-e/-1.4-diazepin-2-onă, cu



acţiune anxiolitică şi în secundar, sedativă. Pericolul dependenţei trebuie avut în vedere, ca şi apariţia sevrajului la întreruperea totală a tratamentului.

510. **TRECERE LA ACT** — sin. **PUNERE ÎN ACT** ● Actualizarea unei tendinţe personale, a fantasmelor inconştiente, subiectul recunoscînd originea şi caracterul primitiv al acestora ; se referă şi la actualizarea relaţiei de transfer. LAPLANCHE şi PONTALIS preferă utilizarea noţiunii de „punere în act" pentru a traduce termenul german „agieren", întîlnit în scrierile lui FREUD. Ei nu fac o distincţie netă între noţiunea de punere în act şi acting out, prima fiind un caz particular al celei din urmă. Singura diferenţă s-ar raporta la relaţia transferenţială. Pentru alţi autori francezi, trecerea la act are o semnificaţie limitativă, aplicîndu-se preponderent la acte cu caracter violent şi agresiv, adeseori impulsive şi delictuale.

În concepţia lui J. LACAN, distincţia dintre acting out şi trecerea la act este mai nuanţată.

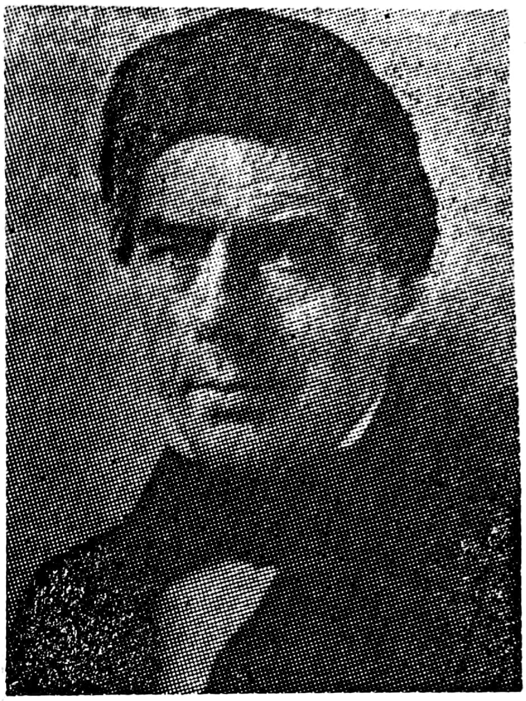
Acting out-ul ar fi o reprezentație destinată altcuiva, desfășurîndu-se pe scena lumii și avînd o semnificație codificată, asemănătoare simptomului. Poate apărea în urma unei erori de interpretare din partea terapeutului în cura psihanalitică.

Trecerea la act presupune identificarea subiectului cu miza partidei, astfel încît acesta părăsește scena lumii. În acest mod pot fi explicate unele fugi patologice, acte suicidare etc., care nu au valoare echivalentă simptomului, dar se raportează la angoasă. Trecerea la act se poate manifesta de asemenea în cursul relației terapeutice.

511. **TREDECAFOBIE**$^{(F)}$ (cf. lat. *tredecim* „treisprezece") — sin. TRISKAIDEKAFOBIE$^{(F)}$ ● Teamă de numărul treisprezece, considerat ca simbol al ghinionului, care determină evitarea cifrei sau trecerea peste lectura paginilor numerotate cu această cifră, refuzul efectuării unor activități în zilele de 13 sau al călătoriilor cu mijloace de transport care au acest număr etc. Își are originea în vechi superstiții derivate din teoriile cu caracter magic, referitoare la numerele faste și nefaste.

512. **TRÉDUM**$^{(M)}$ Franța — DCI *Fenpentadiol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-(p-clorfenil)-4-metil-2,4-pentadiol, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă ; este considerat un bun tranchilizant de zi.

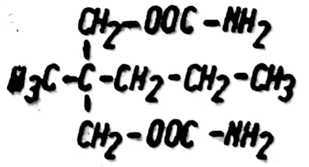
513. **TRÉLAT Ulysse** (1795—1879) ● Psihiatru francez, cu o existență extrem de tumultuoasă, cu multiple preocupări politice și sociale, în afara celor strict medicale. Datorită convingerilor sale politice progresiste și antiguvernamentale (membru al Carbonerei franceze) a avut multe dificultăți cu autoritățile, fiind chiar condamnat. Gîndirea lui novatoare în plan social-politic nu s-a extins însă plenar și asupra lucrărilor sale medicale. În 1825 a publicat un tratat de igienă și în 1827 un studiu istoric asupra bolilor psihice, pe care le consideră ca fiind strict determinate ereditar. Cea mai cunoscută lucrare a sa a fost „La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société", publicată în 1861. Deși titlul ar părea promițător, conținutul este dezamăgitor, datorită faptului că autorul consideră că bolnavii psihici nu pot face „decît rău și numai rău", situîndu-i în afara societății și sfătuind familiile „oneste" să nu adopte alianțe matrimoniale cu ei, pentru că rezultatul nu ar putea fi decît dezastruos. A fost un exemplu de luptător social prin vocație și psihiatru prin meserie, dar, din păcate, nu și prin vocație.



Ulysse Trélat

514. **TRELISSO**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1, 4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$

515. **TRELMAR**$^{(M)}$ Canada — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol di-



$$\begin{array}{c} CH_2-OOC-NH_2 \\ | \\ H_3C-C-CH_2-CH_2-CH_3 \\ | \\ CH_2-OOC-NH_2 \end{array}$$

carbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, în unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice ; deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

516. **TREMIOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. lat. *tremere* „a se cutremura, a tremura" ; gr. phobos „frică") ● Termen sub care H. MEIGE a descris teama exagerată de cutremure (→ SEISMOFOBIE).

517. **TREMOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. lat. *tremor* ; gr. *phobos*) ● Teamă patologică de a tremura, interpretată ca avînd originea în dorința inconștientă a subiectului de a-și trăda trăirile de frică, nervozitatea, mînie. Apare în psihastenie, isterie, nevroză anxioasă și fobică.

518. **TREMOR INTENȚIONAL** (cf. lat. *tremor* „tremurat") ● Mișcări involuntare constînd în deplasarea segmentului afectat în jurul axului de echilibru. Apare în timpul sau la sfîrșitul mișcărilor voluntare, ca o mișcare discontinuă cu amplitudine variabilă, cu o frecvență de 4—8 c/s, la nivelul membrelor superioare, la cap, la genunchi, fie în repaos, fie în mers, dispărind atunci cînd segmentul respectiv este susținut, fixat sau în decubit. Determină astazie atunci cînd apare la nivelul membrelor inferioare.

Poate fi evidențiat prin inspecție și probe speciale : proba index-nas, index-sticlă, călcîi-genunchi, probe grafice, electromiografie. Este determinat de leziuni ale pedunculilor cerebeloși superiori și din regiunea subtalamică, îmbrăcînd aspecte clinice variate în scleroza în plăci, boala Friedrich, tumori ale pedunculilor cerebrali, procese cerebeloase înlocuitoare de spațiu.

519. **TREMORUL LUI RENDU** ● Tremor intențional, descris în patologia clasică a isteriei.

520. **TREPAL**$^{(M)}$ România — DCI *Trimetadionum* ● Antiepileptic, indicat în epilepsia petit mal, iar în restul formelor de epilepsie — numai asociat cu Fenitoin sau Fenobarbital.

521. **TREPIDAN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică și sedativă, ușor hipnotică. Nu se administrează în sarcină.

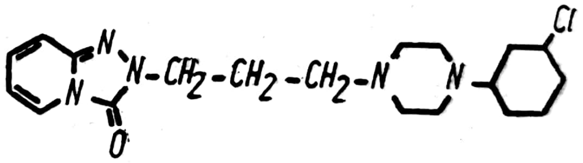
522. **TREPIDONE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Mefenoxalonă* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de tip 5-/(0-metoxifenoxi)metil/-2-oxazolidinonă, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Este indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecțiuni psihosomatice.

523. **TREPILINE**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ$^{(M)}$.

524. **TRESĂRIRE HIPNAGOGICA** ● Manifestare hipnică „aberantă" (GASTAUT), caracterizată prin secuse violente și generalizate care apar în stadiile I a, I b și în finalul somnului REM. În ceea ce privește relația lor cu visul, cei mai mulți autori (OSWALD, LOEB, POPOVICIU) le consideră în raport cu o activitate onirică angoasantă. Nu au semnificație patologică decît atunci cînd, prin repetare și intensitate, creează subiectului o stare de anxietate permanentă.

525. **TRESĂRIRE HIPNICĂ** — sin. „SURSAUT"$^{(S)}$ sindrom ● Mioclonie masivă generalizată, caracterizată prin contracții fulgerătoare ale întregului corp, bruște și violente, declanșate de zgomote sau excitații luminoase intense, neașteptate. A fost demonstrată apariția tresăririlor în stadiile de somn B și C și, mai rar, în fazele D și E (OSWALD, GASTAUT etc.). Electroencefalografic, se constată descărcări scurte de unde ample și vîrf-undă degradate, în special în regiunile centrale.

526. **TRESIN**$^{(M)}$ Portugalia — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic cu structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorfenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo/4, 3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efectele secundare sînt practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.



527. **TRESORTIL**$^{(M)}$ Danemarca — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și secundar anxiolitic-sedativă ; are și valențe analgezice.

528. **T.R.H. (THYROTROPHIN RELEASING HORMONE)** ● Tripeptid produs în sistemul

neuronal parvocelular hipotalamic, în structurile nervoase extrahipotalamice, precum şi la nivel gastrointestinal, pancreatic şi în sistemul nervos vegetativ. Controlează secreţia adenohipofizară de hormon tireostimulant (TSH), somatotrop (STH) şi prolactină, avînd rol stimulator asupra biosintezei hormonale, asupra diferenţierii celulare adenohipofizare şi eliberării hormonale de TSH. Este transportat prin axonii neuronilor aparţinînd unei arii ce se întinde de la nucleii paraventriculari şi supraoptici pînă la marginea anterioară a eminenţei mediane. Se depozitează în eminenţa mediană, de aici ajunge în vasele sistemului port-hipofizar şi, prin intermediul lor, la celulele tireotrope ale adenohipofizei. La nivelul acestor celule stimulează receptorii specifici, eliberînd adenozinmonofosfatul ciclic (AMPc) şi TSH printr-un mecanism care presupune creşterea ionilor de calciu liber în citosol. Acţiunea sa prelungită determină hipertrofia şi hiperplazia celulelor tireotrope. În procent de 80% TRH-ul neuronal se află în ariile extrahipotalamice, unde are rol de neurotransmiţător. Este inactivat rapid în sîngele periferic de o enzimă reglată de concentraţiile periferice de triiodtironină şi tiroxină.

Acţiunile TRH asupra hipofizei şi sistemului nervos central pot fi sistematizate astfel :

- la nivel hipofizar stimulează sinteza şi eliberarea de TSH ; stimulează secreţia de STH în acromegalie, insuficienţă renală cronică, anorexie nervoasă, depresii, deprivare calorică şi inhibă secreţia de STH în somn ; stimulează secreţia de prolactină, de gonadotropi şi de hormoni adenocorticotropi (ACTH) ;
- la nivelul SNC alterează somnul, produce hipertermie şi, prin noradrenalină — tulburări de comportament ;
- potenţează acţiunea acetilcolinei la nivelul plăcii motorii.

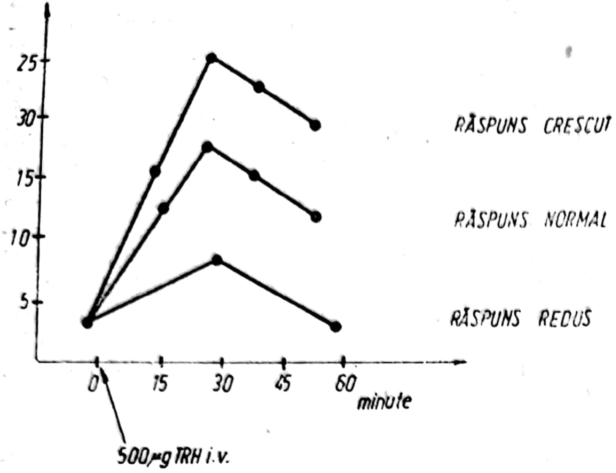
Testul de stimulare a secreţiei de TSH, la administrarea exogenă de TRH, utilizat pentru prima dată de PRANGE în 1973, este astăzi testul cel mai fidel al funcţionalităţii sistemului de feedback hipofizo-tiroidian, explorînd specific integritatea celulelor adenohipofizotropice producătoare de TSH şi, nespecific, producţia de STH şi prolactină. Util în precizarea sediului unei afecţiuni, răspunsul TSH la administrare de TRH este normal în afecţiuni hipotalamice cu insuficienţă hipofizară secundară, este redus sau absent în leziuni hipofizare şi absent în tireotoxicoză.

Testul la TRH delimitează de asemenea tulburările afective (depresii majore) de formele afective ale schizofreniei. Răspuns TSH redus sau absent la administrarea de TRH apare în depresii. Efectuarea testului poate fi utilizată pentru diagnosticul diferenţial al depresiilor primare şi secundare, dintre formele uni- sau bipolare ale psihozei afective şi formele afective ale schizofreniei. Aplatizarea răspunsului TSH după TRH precizează natura endogenă a depresiei, apărînd atît în psihozele afective unipolare, cît şi în cele biploare. Gravitatea depresiei ar fi corelată cu un răspuns plat, care apare şi la cei cu antecedente suicidare. Normalitatea testului nu exclude însă endogenitatea depresiei. Această variabilitate a răspunsului TSH la administrarea de TRH este o reflectare a adaptabilităţii neuroendocrine în timpul afecţiunilor acute, răspunsul modificat la TRH putînd reveni la normal în cazul în care pacientul a fost recuperat.

Studii clinice au demonstrat că pacientul cu răspunsuri TSH persistent anormale la TRH tind să facă recăderi într-o perioadă de şase luni, în ciuda unei aparente recuperări clinice, deci testul ar putea fi folosit ca un indice de prognostic al stărilor depresive.

KIERKEGAARD apreciază că tratamentul cu antidepresive triciclice nu poate fi oprit pînă la normalizarea testului. În maniile acute, răspunsul TSH la TRH este de asemenea plat, în timp ce la schizofrenici răspunsul este normal. Diminuarea răspunsului la administrarea de TRH în depresie poate fi legată de anomaliile axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian (testul la dexametazonă). Aceste anomalii sînt prezente şi în maladia Cushing, dar şi în urma tratamentului cu glucocorticoizi. GOLD a studiat relaţiile dintre activitatea monoaminelor cerebrale şi răspunsurile la administrarea de TRH : pacienţii care au o activitate serotoninergică crescută, asociată unei scăderi a activităţii noradrenergice, prezintă anomalii ale testului la TRH. Aceste anomalii indică alegerea preferenţială a antidepresivelor cu mecanism de acţiune noradrenergic.

Tehnica de efectuare a testului presupune administrarea intravenoasă (i.v.) de 50 µg de TRH sintetic timp de 30 secunde şi recoltarea probelor de sînge, la intervale de 15 minute după administrare. Dozarea TSH plasmatic se face radioimunologic.



(după GIBBSON DAUNN)

Valorile bazale ale TSH variază, după diferiți autori, între 5—7 microunități/mililitru, în cazul unui răspuns crescut putînd ajunge la 23—25 μU/ml. Administrarea i.v. nu este urmată de efecte secundare, cu excepția unei ușoare senzații de greață, ce durează 1—2 minute după injectare.

Valorile TSH suferă unele variații :

- variații circadiene — valorile cele mai ridicate apar la miezul nopții, iar cele mai reduse la amiază sau imediat după amiază ; răspunsul TSH la administrarea de TRH este mai accentuat la miezul nopții, în raport cu valorile matinale, deși testul este efectuat în general dimineața, la pacienți care nu au primit alte droguri în cursul zilei precedente ;
- modificări reduse ale răspunsului pot apărea în perioada ciclului menstrual sau în timpul sarcinii, fără a afecta însă interpretarea rezultatelor ;
- diferențe în funcție de sex (răspunsul fiind ceva mai ridicat la femei) ;
- vîrsta înaintată afectează răspunsul TSH la administrarea de TRH.

Alți factori care influențează valorile de testare sînt : malnutriția, bolile cronice hepatice, hemodializa, tulburări endocrine (boala Cushing sau afectări primare tiroidiene), administrarea unelor droguri.

529. **TRH$^{(M)}$** Japonia, Spania — DCI *Protirelin* ● Psihotrop cu acțiune ușor antidepresiv-timoleptică, de tip 5-oxo-L-prolil-L-histidil-L-prolinamidă, utilizat și în diagnosticul diferențial al disfuncției tiroidiene, produsul fiind sintetizarea TRH-ului.

530. **TRI$^{(M)}$** Italia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.

531. **TRIADĂ DEPRESIVĂ** (cf. lat. *trias* „triadă") ● Grup de simptome caracteristic sindromului depresiv, alcătuit din :

- dispoziție afectivă negativă ;
- inhibiția funcțiilor gîndirii ;
- lentoare psihomotorie.

532. **TRIADĂ LUCIANI** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LUCIANI$^{(S)}$ sindrom.

533. **TRIADĂ MANIACALĂ** ● Tripletă simptomatică caracteristică sindroamelor de tip maniacal, alcătuită din :

- dispoziție euforică ;
- exaltarea funcțiilor gîndirii ;
- hiperactivitate motorie.

534. **TRIADĂ SIMPTOMATICĂ BORNSTEIN** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BORNSTEIN$^{(S)}$ sindrom.

535. **TRIAJ EPIDEMIOLOGIC** (cf. fr. *triage*) → EPIDEMIOLOGIE.

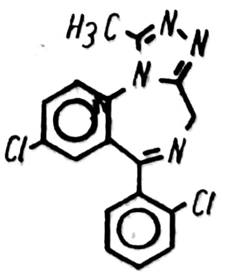
536. **TRIAVIL$^{(MC)}$** SUA ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar complementară :

- AMITRIPTILINA$^{(M)}$ — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- PERFENAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresiv-anxiolitică.

537. **TRIAZIN$^{(M)}$** Finlanda ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic piperazinat $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$ România.

538. **TRIAZOLAM$^{(DCI)}$** ● Derivat benzodiazepinic de tip 8-clor-6-(0-clorfenil)-1-metil-4H-s-triazolo/4,3-a/-/1,4/ benzodiazepină, cu



acțiune marcat sedativ-hipnotică și, secundar, anxiolitică, avînd indicații, efecte secundare și contraindicații comune cu seria benzodiazepinelor. Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :

HALCION(M) Anglia, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Olanda, Portugalia, Germania.
INSOMNIUM(M) Argentina.

539. **TRIBADISM** (cf. gr. *tribein* „a (se) freca“) ● Homosexualitate feminină (heteromasturbație) → HOMOSEXUALITATE.

540. **TRICHINOZĂ(B) boală** ● Boală acută, al cărei agent patogen este un metazoar, Trichinella spiralis, care pătrunde la om pe cale intestinală. Larvele acestui parazit pătrund în masele musculare și în sistemul nervos. Boala este „cosmopolită“ (J. L. MORENO), fiind răspîndită pe întregul glob, cu excepția Australiei (V. PREDESCU).

Complicațiile neuro-psihice survin în 10—27% din cazuri (SKINNER), fiind corelate cu masivitatea infestării. Alți autori dau procente diferite de expresie a tulburării neuropsihice, mergînd pînă la 73% (DALESSIO și colab.) sau 87% (MERRITT). Semnele pot fi necaracteristice : instabilitate emoțională, insomnie, scăderea atenției și memoriei, anxietate. În formele severe, cu invazia creierului, bolnavii pot prezenta cefalee, amețeli, meningism, confuzie mintală, hiporeflexie, adinamie, somnolență. SHELDON și SKINNER vorbesc despre o stare de depresie de intensitate psihotică, specifică — în corelație cu letargia — pentru trichinoză. S-au mai semnalat stări asemănătoare predeliriumului, tablouri schizofreniforme (de tip catatonic), stări demențiale (POROT, DEVRIES).

Apariția tulburărilor neuropsihice poate determina creșterea procentului mortalității (care poate ajunge pînă la jumătate din aceste cazuri, în absența tratamentului).

Diagnosticul este dificil în condițiile absenței unor epidemii, necesitînd corelarea unor date de laborator (biopsie musculară, test intradermic, leucocitoză) cu electroencefalograma și datele clinice (febră, edem palpebral, polimiozită). Semnele de atingere neurologică și cardiacă sînt frecvent prezente.

Măsurile terapeutice constau în administrarea de antihelmintice specifice și corticoizi ; la acestea se adaugă măsurile profilactice (controlul veterinar al cărnii din consum și prelucrarea termică a acesteia).

541. **TRICHINOFOBIE(F)** (cf. lat. *Trichina* — gen de viermi paraziți ; gr. *phobos* „frică“) ● Teamă patologică nejustificată pe care o au unii subiecți de a se îmbolnăvi de trichinoză. Se poate manifesta la unele personalități psihastenice sau în nevrozele fobice.

542. **TRICICLICE — antidepresive** (cf. gr. *treis* „trei“ ; *kyklos* „cerc“) → ANTIDEPRESIVE.

543. **TRICOESTEZIE** (cf. gr. *thrix* „păr“ ; *aisthesis* „senzație“) ● Definește, la individul normal, senzația resimțită la atingerea părului, iar în cazurile de neurastenie cenestopată sau în decompensările personalităților dizarmonice, acea formă de parestezie care reproduce senzația resimțită de prezența părului la nivelul mucoasei linguale, bucale etc. sau la nivelul conjunctivei.

544. **TRICOFOBIE(F)** (cf. gr. *thrix* „păr“ ; *phobos* „frică“) — sin. TRICOPATOFOBIE(F) ● Frica patologică și dezgustul față de păr, care poate însoți nosofobia, missofobia sau poate apărea independent de ele, în nevrozele obsesivo-fobice, psihastenie, schizofrenie.

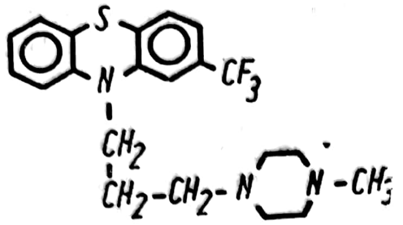
545. **TRICOTILOMANIE** (cf. gr. *thrix* ; *tillein* „a-și smulge părul“ ; *mania* „nebunie“) — sin. AUTODEPILAȚIE PATOLOGICĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HALLOPEAU^{s} semn.

546. **TRICROMATICĂ — teorie** (cf. gr. *treis* ; *chroma* „culoare“) ● Teorie aparținînd lui HELMHOLTZ, conform căreia vederea cromatică ar rezulta din combinația în diverse proporții a trei culori fundamentale, din care se pot obține toate celelalte culori, inclusiv albul. În lumina cunoștințelor actuale, ipoteza pare cea mai acceptabilă față de multe alte teorii elaborate, deoarece retina diurnă pare să conțină conuri cu pigment pentru roșu (eritrolale), verde (clorolale) și violet (cianolale).

547. **TRIDIONE(M)** Anglia — DCI *Trimetadionum* ● Anticonvulsivant $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TREPAL(M) România.

548. **TRIFLUBAZEPAM(M)** Germania — DCI *Triflubazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1-metil-5-fenil-7-(trifluorometil)-1H-1,5-benzodiazepin-2, 4-/3H,5H/-dionă, cu acțiune sedativ-anxiolitică și miorelaxantă.

549. **TRIFLUOPERAZIN(M)** România ; **TRIFLUOPERAZINĂ(DCI)** ● Derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil) propil/-2-(trifluorometil) fenotiatzină, cu efecte antipsihotice puter-

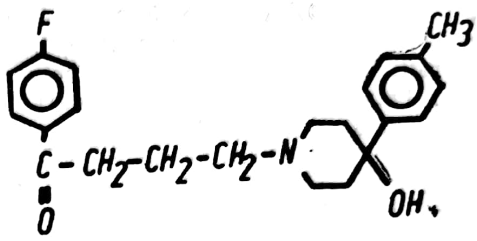


nice și sedative mai reduse, avînd și valențe anxiolitice și antiemetice; acționează prin deprimarea substanței reticulate a trunchiului cerebral. Efectele secundare de tip neuroleptic incisiv sînt neglijabile la doze mici, apărînd la doze mai mari; efectele adrenolitice, antihistaminice și antispastice sînt mai reduse decît cele ale clorpromazinei. Se poate utiliza cu succes în condiții de ambulator, în tratamentul de întreținere. Preparate similare utilizate în practica curentă în alte țări sînt:

ANCHOSTAM(M) Grecia
CALMAZINE(M) Australia
CHEMFLURAZINE(M) Canada
DECA-PERAZINE(M) Canada
DISCIMER(M) Grecia
DYMOPERAZINE(M) Canada
ESKAZINE(M) Spania
ESKAZINYL(M) Elveția
FLUAZINE(M) Canada
FLUPAZINE(M) Mexic
FLURAZINE(M) Israel
FOILLE(M) Grecia
IREMO PIEROL(M) Grecia
JATRONEURAL(M) Germania
JETIRISON(M) Grecia
LUFACINTYL(M) Grecia
MODALINA(M) Italia
NEROLET(M) Argentina
NORMALN P(M) Japonia
NOVOFLURAZINE(M) Canada
OXYPERAZINE(M) Grecia
PENTAZINE(M) Canada
PROMAX(M) Grecia
RIBORING(M) Coreea
SEDIZINE(M) Israel
SOLAZINE(M) Canada
SPORALON(M) Grecia
STELAZINE(M) Anglia
STELIUM(M) Grecia
STERAZIN(M) Coreea
TELAZIN(M) Turcia
TERFLUZIN(M) Danemarca
TERFLUZINE(M) Franța
THERFLUZINE(M) Belgia
TRANQUIS(M) Japonia
TRIAZIN(M) Finlanda
TRIFLUOROPYRAZIN(M) SUA
TRIFLURIN(M) Canada
TRIFTAZIN(M) CSI
TRIPHTAZIN(M) Germania
TRIPHTHAZINUM(M) CSI
TRIVAN(M) Coreea

550. **TRIFLUOROPYRAZIN(M)** SUA ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic piperazinat $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRIFLUOPERAZIN(M) România.

551. **TRIFLUPERIDOL(DCI)** ● Derivat butirofenonic de tip 4'-fluoro-4-/4-hidroxi-4-(α,α,α-trifluoro-m-tolil)-piperidino/butirofenonă;

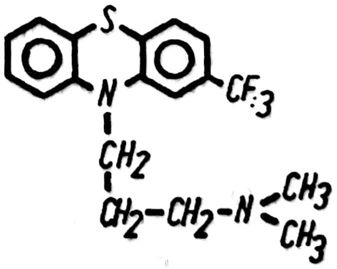


este un neuroleptic incisiv puternic, proprietate realizată prin înlocuirea clorului cu gruparea trifluorometil, ceea ce îl face să difere mult de restul butirofenonelor; acțiunea sa antipsihotică este de 20 de ori mai mare decît a haloperidolului. Acțiunea este mai rapidă și mai intensă comparativ cu fenotiazinele piperazinate (trifluoperazina); are și efecte sedative — cele ale butirofenonelor sedative. Efectele secundare sînt severe și bine nuanțate, atît în ceea ce privește cele de tip incisiv, cît și cele de tip sedativ. Cu toate acestea, datorită calităților lui, produsul este curent utilizat. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

● Cel mai bine cunoscut este:
TRIPERIDOL(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia, Japonia, Olanda, Germania, Turcia, SUA.

● Alți produși cunoscuți sînt:
PSICOPERIDOL(M) Italia
PSYCHOPERIDOL(M) Australia
TRIFLUPERIDOL(M) Brazilia
TRISEDYL(M) Ungaria, CSI.

552. **TRIFLUPROMAZINE(DCI)** ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-



(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică și efecte secundare moderate. Performanțele sînt comparabile cu cele ale clordelazinului, după unii autori, cu o toleranță mai bună și o toxicitate mai redusă. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ADAZINE$^{(M)}$ SUA
ARISTOFEN$^{(M)}$ Italia
FLUMAZIN$^{(M)}$ Turcia
FLUOMAZINA$^{(M)}$ Italia
FLUOROFEN$^{(M)}$ Italia
NEURO-PADIL$^{(M)}$ Italia
NIVOMAN$^{(M)}$ Germania
PSYQUIL$^{(M)}$ Franța
SIQUIL$^{(M)}$ Belgia
TRANQUIL$^{(M)}$ Germania
VESPARAL$^{(M)}$ SUA
VESPRIN$^{(M)}$ Japonia

553. **TRIFLURIN$^{(M)}$** Canada ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat → sin. TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$ România.

554. **TRIFON$^{(M)}$** Coreea — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-/3-/4-(2-hidroxietil)piperazin-1-il/-propil/fenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, cu valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator.

555. **TRIFTAZIN$^{(M)}$** CSI ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat → sin. TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$, România.

556. **TRIGGER** (cf. engl. *trigger* „mecanism de declanșare, piedică de siguranță, trăgaci") ● Termen preluat din limba engleză, desemnînd un anumit sistem caracterizat prin intrări relativ mici și ieșiri relativ mari. În medicina somatică și unele boli psihice (reacții, nevroze) se folosesc termenii TRIGGER MECHANISM și TRIGGER ZONE.

● TRIGGER MECHANISM reprezintă expresia referitoare la fazele unei boli aflate la limita compensării, în care este de ajuns și „o picătură pentru a umple paharul" (de exemplu, un efort minim într-o insuficiență cardiacă pe cale de a se decompensa, o nouă psihotraumă în cursul unei nevroze în curs de remisie etc.).

● TRIGGER ZONE constituie acea suprafață care, în condițiile atingerii cu un corp străin sau cu alimente, este responsabilă de producerea ticului dureros al feței („zonă trăgaci").

557. **TRIGONOCEFALIE** (cf. lat. *trigonus* „triunghiular" ; gr. *kephale* „cap") ● Malformație congenitală (craniostenoză) rezultată din sinostoza prematură a suturii metopice, craniul devenind piriform, cu creșterea marcată a regiunii occipitale. Fruntea este proeminentă, „în provă de vapor", iar oasele parietale sînt proeminente în raport cu fruntea.

Clinic, alături de aspectul morfologic al craniului, se descriu simptome de hipertensiune intracraniană (HIC). Întîrzierea în dezvoltarea psihomotorie este variabilă (de obicei accentuată). Examenul radiologic evidențiază dispariția suturii metopice și prezența impresiunilor digitale (semn caracteristic al sindromului de HIC).

558. **TRIHALGIE** (cf. gr. *thrix* „păr" ; *algos* „durere") ● Senzație de durere, la nivelul părului, întîlnită în patologia psihogenă și, în special, în cazul personalităților de tip isteric.

559. **TRIHEXIFENIDINUM$^{(DCI)}$** ● Substanță cu efecte anticolinergice puternice. Este un antiparkinsonian de sinteză, util în corectarea sindroamelor extrapiramidale induse de neuroleptice. Are și acțiuni psihostimulente, care pot dezvolta o formă de toxicomanie, descrisă de PASCALIS ca un delirium tremens oniric, cu midriază și fără semne de impregnare etilică. Creșterea dozei poate determina efecte psihodisleptice, cu senzații de transformări corporale și halucinații. Se folosește în doze de 6—20 mg/zi. Printre efectele secundare se numără : bradipsihie, hipoprosexie, neliniște, confuzie, agitație, iluzii, halucinații, tulburări ale timiei.

Efectele secundare sînt accentuate de posibile infecții intercurente și dispar la întreruperea terapiei. Limitele utilizării terapeutice ar fi :

- efectele anticolinergice periferice — tulburări de acomodare, midriază, uscăciunea mucoasei bucale, constipație, retenție urinară, grețuri, vărsături ; se mai semnalează tahicardie, tahipnee, creșterea presiunii intraoculare, palpitații, aritmii cardiace, parotidite acute supurate ;
- efectele psihice centrale — confuzie mintală ce apare la doze mari ;
- efectele neurologice — utile în corectarea manifestărilor extrapiramidale, induse de NL.

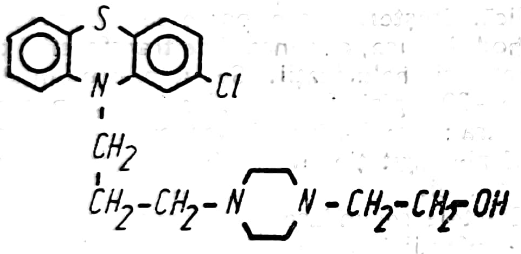
Se pare că substanța ar favoriza apariția unui sindrom neurologic ireversibil (diskinezie tardiv), probabil prin intermediul sistemului dopaminergic. Utilizarea ei trebuie să fie deci moderată și limitată în timp, iar întreruperea terapiei trebuie făcută lent pentru a nu exacerba parkinsonismul. Este contraindicată în hipertrofia de prostată, boli digestive obstructive, glaucom ; nu se vor administra concomitent alte anticolinergice, antidepresive triciclice sau antihistaminice care precipită complicațiile.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ARTANE$^{(M)}$ SUA
CICLODOLUM$^{(M)}$ CSI
PARKOPAN$^{(M)}$ Germania
ROMPARKIN$^{(M)}$ România

560. **TRIKSAZIN**$^{(M)}$ CSI — DCI *Trimetozină* ● Tranchilizant cu structură chimică aparte, de tip 4-(3, 4, 5-trimetoxibenzoil)morfolină, cu acțiune anxiolitică și sedativă ; nu are valențe miorelaxante. Nu influențează reflexele conducătorilor auto, fiind util în tratamentul ambulator.

561. **TRILAFON**$^{(M)}$ Belgia, Elveția, SUA ; **TRILAFON ENANTAT**$^{(M)}$ Danemarca, Suedia — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-/3-/4-(2-hidroxietil)piperazin-1-il/-propil/fenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, cu valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator.



562. **TRILAN**$^{(M)}$ Italia — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică, cu indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni pishosomatice. Are efecte secundare similare cu cele ale NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

563. **TRILAX**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorfenil)tetrahidro-3-metil-4H-1, 3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant eficient în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

564. **TRILIFAN**$^{(M)}$ Franța — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRILAFON$^{(M)}$ SUA.

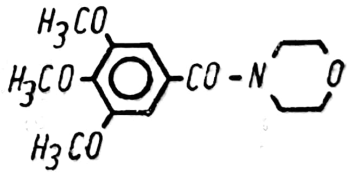
565. **TRILIUM**$^{(M)}$ Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1, 4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$

566. **TRIMEDAL**$^{(M)}$ Ceho-Slovacia — DCI *Trimetadionum* ● Anticonvulsivant $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TREPAL$^{(M)}$ România.

567. **TRIMEPRANOL**$^{(M)}$ Ceho-Slovacia — DCI *Metipranolol* ● Betablocant de tip 1-(4-hidroxi-2,3,5-trimetilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol 4-acetat, indicat în anxietate cu și fără componentă somatică, în alcoolism, combaterea sevrajelor de origini diferite și a efectelor secundare produse de litiu (tremor), în afecțiuni psihosomatice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

568. **TRIMETIN**$^{(M)}$ CSI — DCI *Trimetadionum* ● Anticonvulsivant $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TREPAL$^{(M)}$ România.

569. **TRIMETOZINE**$^{(DCI)}$ ● Derivat morfolinic de tip 4-(3, 4, 5-trimetoxibenzoil)morfolină, cu acțiune anxiolitică și sedativă ; nu are valențe miorelaxante. Nu influențează reflexele conducătorilor auto ; este util în tratamentul ambulator. Este indicat în anxietate și în depresia de intensitate nevrotică, în afecțiuni psihosomatice și ca adjuvant în tratamentul psihozelor. Potențează hipnoticele. Efectele secundare posibile sînt somnolența

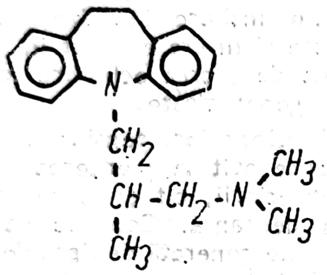


şi greţurile. Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :

NEURISTAN(M) Argentina
OPALÈNE(M) Franţa
SERENITAS(M) Spania
TRIKSAZIN(M) CSI
TRIOXAZINA(M) Italia
TRIOXAZINE(M) Ungaria
TRIZINA(M) Portugalia

570. **TRIMIN**(M) Coreea — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic — sin. TRILIFAN(M) Franţa → TRILAFON(M) SUA.

571. **TRIMIPRAMINE**(DCI) ● Derivat dibenzazepinic cu o structură chimică interesantă : 5-/3-(dimetilamino)-2-metilpropil/-10,11-dihidro-5H-dibenz/b,f/azepină ; este un hibrid între imipramină şi levomepromazină (prin catena laterală), cu acţiune timoleptică, anxiolitică, sedativă. Indicaţia majoră o constituie depresiile de intensitate nevrotică ; la doze mari pot apărea, pe lîngă efectele secundare ale antidepresivelor, şi cele ale neurolepticelor ; toleranţa la doze medii este bună. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :



● Cel mai bine cunoscut este :
SURMONTIL(M) Anglia, Belgia, Canada, Danemarca, Finlanda, Franţa, Italia, Japonia, Olanda, Portugalia, Spania, Suedia, SUA
● Alţi produşi similari sînt :
HERPHONAL(M) Germania
SAPILENT(M) Ungaria
STANGYL(M) Germania ; Austria

572. **TRIMSTAT**(M) SUA; **TRIMTABS**(M) SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală ; este contraindicat în stările de excitaţie psihomotorie, anxietate, sarcină, comiţialitate.

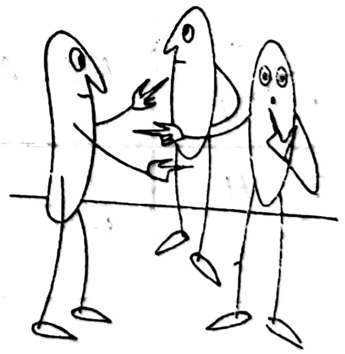
573. **TRIOLISM** (cf. it. *trio*) ● Termen folosit în două accepţiuni : obţinerea satisfacţiei sexuale prin asistarea la actul sexual al unui cuplu (sin. VOAIERISM) ; act sexual la care participă trei parteneri.

574. **TRIOMIN**(M) Japonia — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-/3-/4-(2-hidroxietil)piperazin-1-il/propil/fenotiazină, indicat în endogenii acute şi cronice, cu valenţe anxiolitic — sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiţii de ambulator.

575. **TRIONTICITATE** (cf. gr. *tri* „trei" ; *on* „fiinţă") ● Concept ontologic dialectic, desemnînd sinteza dinamică a trei mişcări care se împlinesc într-un tot („unu ca trei"), elaborat de E. PAMFIL şi D. OGODESCU, în deceniul al şaptelea, ca model psihogenetic evolutiv.

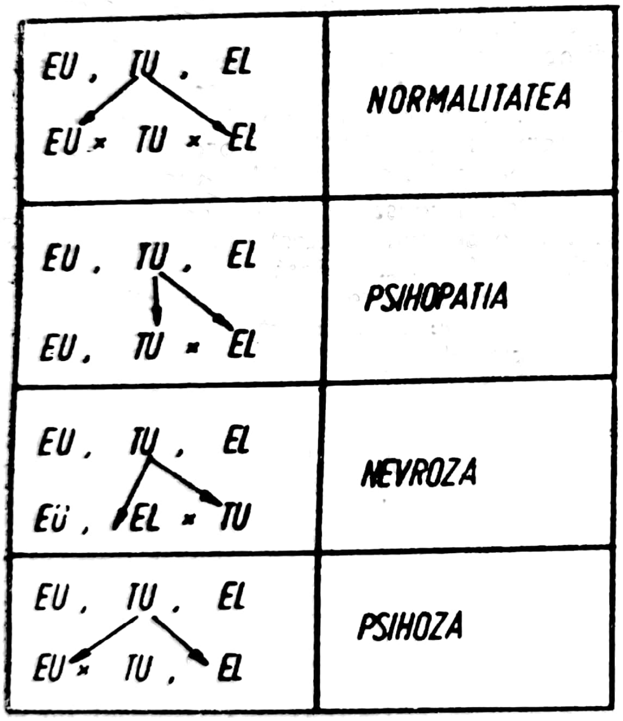
Modelul triontic caută să descifreze organizarea interontică a persoanei în complexitatea dialecticii determinărilor sale, luînd drept repere ale funcţiilor de conştiinţă definitorii pentru natura umană trei factori : ipseitatea (EU), tuitatea (TU), ileitatea (EL). Aceste direcţii de mişcare ale personalităţii sînt concepute ca trei vectori polari : vectorul formal, care emană energia psihică (EU) ; vectorul structural (TU), al ordinei şi coerenţei ; vectorul sistemic (EL), vector deontic.

Psihismul conştient este conceput ca o încrucişare dinamică a acestei polarităţi, în care orizonturile de conştiinţă sînt într-o perpetuă schimbare şi care asigură funcţionalitatea fiinţei umane în „ireductibila sa individuare şi unicitate".



Cele trei repere ale conştiinţei nu sînt subordonate unul celuilalt : ipseitatea garantează conservarea, direcţionîndu-şi energia spre tuitate, care reprezintă polul afectivităţii şi al iubirii, funcţionînd antientropic şi colorînd ileitatea, elaborînd în formă supremă sistemul comprehensiv al trăirilor afective şi asigurînd deschiderea conştiinţei prin predominarea cunoaşterii, implicînd persoana ca prezenţă angajată axiologic în lume. Autorii afirmă că „în imanenţa persoanei, întreaga gamă de determinări lăuntrice (necesarul, posibilul şi contingentul) sînt reunite dialectic în actul libertăţii. Pe de altă parte, persoana triontică este fructul socialului pe care-l interiorizează progresiv, aşa încît interonticul devine sinontic, adică întruchipare într-o formă concentrată a ansamblului relaţiilor sociale, într-o încoronare mediată de valori" (E. PAMFIL şi D. OGODESCU, 1976).

Prin modelul de psihopatologie triontică se postulează că bolnavul psihic nu este capabil să se desfăşoare interontic, ceea ce ilustrează incapacitatea sa funciară de a se închega moral. Autorii consideră coexistenţa dezechilibrului între EU-TU şi EL ca fiind caracteristică psihopatiei, tensiunea contradictorie EU-EL, TU — specifică pentru suferinţa nevrotică şi tensiunea antagonistă EU, TU-EL — ca definitorie pentru suferinţa psihotică.



Pentru psihopatie, modelul triontic presupune o tensiune contradictorie a subsistemului EU, TU cu cel al ileităţii (EL), care împiedică sinteza între valoarea logică de adevăr şi cea axiologică, implicînd „alunecarea" pe un plan limitant al realităţii. Psihopatul nu mai poate fi considerat interontic, ci un destin avaloric ale cărui coordonate etice au o dimensiune în minus faţă de normal. Personalitatea sa nu se mai împlineşte la nivelul suprem de configurare, adică la cel moral, incapabil de a realiza unitatea dintre rol şi statut (deoarece îşi atribuie singur „roluri", ca şi cum ar avea potenţial pentru orice fel de valori şi situaţii) şi de a reacţiona simpatetic cu lumea, devenind un „demiurg al neantului şi al libertăţii spre nimic !".

În modelul de psihopatologie triontică, nevroza este concepută ca o „alunecare a axului motivaţional într-un plan prenoetic", prin tensionarea subsistemului EU-EL şi structura TU. Nevroticul (inautentic, denivelat energetic şi dezangajat axiologic) nu mai realizează sancţionarea obiectivă a „ileităţii", ceea ce conduce la declinul sau dispariţia creativităţii : „probabilul se resoarbe în posibil, iar lumea devine un spaţiu scenic indiferent şi neutral". Persoana nevrotică îşi pierde independenţa şi unitatea, nu mai are stăpînire de sine pentru a se conduce şi insera adecvat în viaţă şi nici posibilitatea de a crea echilibrul optim între egoism şi generozitate.

În cazul psihozelor, tensiunea dintre polii triontici duce atît la pierderea „tuităţii" în procesul disocierii, cît şi la cea a „ileităţii" în invazia delirantă. Constituirea „tragediei psihotice" este generată de lipsa de deschidere spre o „tuitate", lipsa de contact şi rezonanţă umană, neputinţa de a trăi sentimentul unităţii cu sine şi cu lumea. Descifrarea conţinutului unităţii triontice care a fost persoana devine tot mai aproximativă pentru observatorul psihoticului ; psihoticul devine o „prepersoană" (sau mai curînd o „post-persoană") şi, în acest fel, el nu poate avea conştiinţa bolii sale eliminatoare. La nivelul timpului interior, psihoticul este lipsit de capacitatea anticipatorie a normalului, plasîndu-se într-o „paralume" fără devenire, finită şi certă. Iar „certitudinea absolută" nu are nevoie de demonstraţie.

576. **TRIOXAZINA**$^{(M)}$ Italia ; **TRIOXAZINE**$^{(M)}$ Ungaria ● Tranchilizante, derivaţi morfolinici → TRIMETOZINA$^{(DCI)}$.

577. **TRIPERIDOL**$^{(M)}$ Anglia, Austria, Belgia, Elveţia, Franţa, Grecia, Japonia, Olanda, Germania, SUA, Turcia — DCI *Trifluperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirofenonic de tip 4'-fluoro-4-/4-hidroxi-4-(α,α,α-trifluoro-m-tolil)-piperidino/butirofenonă ; gruparea trifluorometil, care a înlocuit clorul, îi conferă, spre deosebire de celelalte butirofenone, o puternică acţiune antipsihotică, păstrînd acţiunea sedativă şi antiemetică a clasei. Are efecte secundare puternice de tip NL incisiv şi sedativ → BUTIROFENONE.

578. **TRIPHENAZE**$^{(MC)}$ Grecia ● Produs farmaceutic compus din două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar complementară :

- AMITRIPTILINA$^{(M)}$ — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- PERFENAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acţiune antidepresiv-sedativă.

579. **TRIPHENOT**$^{(M)}$ Polonia — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic — sin. TRIOMIN$^{(M)}$ Japonia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRILAFON$^{(M)}$ SUA.

580. **TRIPHTAZIN**$^{(M)}$ Germania ; **TRIPHTHAZINUM**$^{(M)}$ CSI — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acţiune antipsihotică marcată şi sedativă relativ redusă, cu valenţe anxiolitice şi antiemetice ; efectele antihistaminice, antispastice şi adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$.

581. **TRIPLU SINDROM BEHÇET** — sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET$^{(S)}$ sindrom ; AFTOZĂ BEHÇET ; GILBERT-BEHÇET$^{(S)}$; MAREA AFTOZĂ TOURAINS ; OCULO-BUCO-GENITAL$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEÇHET$^{(S)}$ sindrom.

582. **TRIPNOL FORTE**$^{(MC)}$ Italia ● Produs terapeutic compus din două medicamente tipizate, cu acţiuni care se complementează :

- CLORPROMAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- PROMETAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

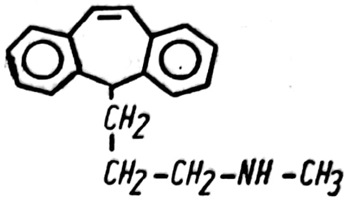
Are acţiune sedativ-anxiolitică marcată.

583. **TRIPTAFEN**$^{(MC)}$; **TRIPTAFEN FORTE**$^{(MC)}$; **TRIPTAFEN MINOR**$^{(MC)}$ Anglia ● Produs terapeutic compus din două medicamente tipizate care, deşi nu au aceeaşi acţiune, se complementează :

- AMITRIPTILINA$^{(M)}$ — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- PERFENAZINA$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acţiune timoleptic-sedativă.

584. **TRIPTIL**$^{(M)}$ Canada — DCI *Protriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip N-metil-5H-dibenzo/a,d/cicloheptan-5-propilamină, cu acţiune asemănătoare nortriptilinei, fără efecte sedative, indicat mai ales în depresii inhibate. Efectele secundare sînt numeroase. Nu se administrează în sarcină.



585. **TRIPTILIN**$^{(M)}$ Turcia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acţiune antihistaminică şi antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINA$^{(M)}$.

586. **TRIPTOFANEMIE** (cf. *triptofan* ; gr. *haima* „sînge") ● Boală recesivă autosomală datorată tulburării metabolismului triptofanului (aminoacid heterociclic), caracterizată clinic prin întîrziere mintală, nanism şi erupţii cutanate de tip pelagroid, prin fotosensibilitate. Biochimic se caracterizează prin excreţie crescută de triptofan, hiperaminoacidurie, indicanurie.

587. **TRIPT-OH**$^{(M)}$ Italia — DCI *Oxitriptan* ● Antidepresiv timoleptic cu o structură chimică particulară de tip (—)-5-hidroxi-L-triptofan ; este un precursor al serotoninei care se presupune a fi scăzută în depresii. Este indicat în depresii endogene, involutive, mascate, util în combaterea efectelor secundare L-dopa. Are certe valenţe sedativ-hipnotice (în special insomnia de readormire) ; nu se administrează concomitent cu IMAO.

588. **TRIPTYL**$^{(M)}$ Finlanda ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic — sin. TRIPTILIN$^{(M)}$ Turcia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AMITRIPTILINA$^{(M)}$ România.

589. **TRISKAIDEKAFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *treis kai deka* „treisprezece" ; *phobos* „frică") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TREDECAFOBIE$^{(F)}$.

590. **TRISEDYL**$^{(M)}$ Ungaria, CSI — DCI *Trifluperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirofenonic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRIPERIDOL$^{(M)}$ Anglia.

591. **TRISMUS** (cf. gr. *trismos* „scrişnet") ● Contractură a muşchilor masticatori, cu imposibilitatea de a deschide gura. Nu pot fi exe-

cutate, de asemenea, mişcările active şi pasive ale mandibulei, fonaţia şi ingerarea alimentelor. Se întîlneşte ca semn precoce în tetanos, tetanie, dar şi în intoxicaţia cu stricnină, afecţiuni dentare, angine, parotidite, otite, artrita sau anchiloza articulaţiei temporomaxilare sau miozita muşchiului master. La baza apariţiei trismusului stă o tulburare (excitaţie) motorie a nervului trigemen.

592. **TRISOMIE** (cf. gr. *tri* „trei" ; *soma* „corp") ● Fecundaţia unui gamet diploid are drept efect apariţia unei trisomii :

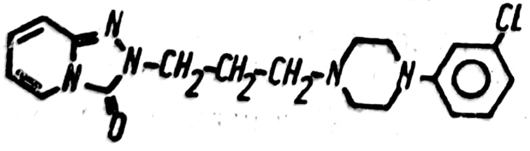
- trisomia 21 — survine în toate populaţiile cu o frecvenţă de 5‰ la populaţia asiatică şi de 2% la copii născuţi la o vîrstă a mamelor de peste 40 de ani. Întîrzierea mintală este medie ;
- trisomia 18 — malformaţii ale piramidei nazale şi ale urechilor, retrognatism, bazin îngustat, poziţie caracteristică a degetelor. Întîrziere mintală mai severă ca în cazul trisomiei 21 ;
- trisomia 13—15 — anoftalmie, microftalmie, polidactilie, malformaţii cardiace, digestive şi genitale, buză de iepure ; moartea survine după cîteva luni de la naştere.

593. **TRISOMIE D/TRISOMIE D_{13-15}/TRISOMIC *13—15*$^{(S)}$ sindrom** — sin. PATAU-SMITH$^{(S)}$ sindrom ; PATAU-SMITH-HERMANN$^{(S)}$ sindrom → PATAU$^{(S)}$ sindrom.

594. **TRISOMIE 21$^{(S)}$ sindrom** — sin. ACTOMIMIE ; DISTROFIE PSEUDOMONGOLOIDĂ CU ARIERAŢIE MINTALĂ ; DOWN$^{(B)}$ boală ; IDIOŢIE FURFURACEE SÉGUIN ; SÉGUIN$^{(B)}$ boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANGDON-DOWN$^{(S)}$ sindrom.

595. **TRISTEMANIE** (cf. lat. *tristis* „trist" ; gr. *mania* „nebunie") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MELANCOLIE.

596. **TRITTICO$^{(M)}$** Italia — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu structură chimică de tip 2-/3-/4-(m-clorfenil)-1-piperazinil/propil/-s-triazolo/4,3-a/piridin-3(2H)-onă, cu acţiune antidepresivă şi valenţe anxiolitic-sedative. Efectele secundare sînt practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.



597. **TRIVAN$^{(M)}$** Coreea — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TRIFLUOPERAZIN$^{(M)}$ România.

598. **TRIXIN$^{(M)}$** Coreea — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acţiune anxiolitică, sedativ-hipnotică şi valenţe antihistaminice, antidepresive şi miorelaxante. Are o bună toleranţă, influenţînd însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, reacţii şi în tratamentul de întreţinere al endogeniilor, fiind util şi în medicina psihosomatică (astm, tuse alergică).

599. **TRIZINA$^{(M)}$** Portugalia — DCI *Trimetozină* ● Tranchilizant cu structură chimică aparte, de tip 4-(3,4,5-trimetoxibenzoil) morfolină, cu acţiune anxiolitică şi sedativă ; nu are valenţe miorelaxante. Nu influenţează reflexele conducătorilor auto, este util în tratamentul ambulator.

600. **TROFIMOMIMIE** (cf. gr. *trophe* „hrană"; *mimia* „imitaţie") ● Imitaţie burlescă a mimicii sugarului, făcînd parte dintre manifestările de alură isterică din patologia adultului. Ca şi alte tulburări de natură isterică, trofimomimia poate îmbrăca un spectru variat de forme.

601. **TROFODERMATONEUROZĂ** (cf. gr. *trophe* „hrană" ; *derma* „piele" ; *neuron* „nerv") — sin. ACRODINIE ; CHARDON$^{(B)}$ boală ; ERITREDEM POLINEUROPATIC ; ROZĂ$^{(B)}$ boală ; SELTER-SWIFT-FEER$^{(B)}$ boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ERITREDEM AUSTRALIAN.

602. **TROLAR$^{(M)}$** Grecia — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol 1-carbamat, cu acţiune predominant miorelaxantă şi secundar anxiolitic-sedativă ; are şi valenţe analgezice.

603. **TROMBOFLEBITĂ CEREBRALĂ** (cf. gr. *thrombos* „cheag" ; *phleps* „venă") ● Proces în care coexistă inflamaţia peretelui venos şi coagularea intravasculară, instalarea făcîndu-se de obicei în ordinea menţionată. Apare în urma unei infecţii generale sau a propagării unor procese infecţioase de vecinătate (plăgi infectate, furuncule ale feţei, otomastoidite, sinuzite), fiind frecvent legat de infecţiile

puerperale (prin tulburarea mecanismelor de coagulare în perioada postpartum). Tabloul clinic asociază semne infecţioase grave cu semne neurologice de focar şi tulburări psihice de tip confuzional. Evoluţia tulburărilor din sfera conştiinţei este paralelă cu cea a fenomenelor infecţioase.

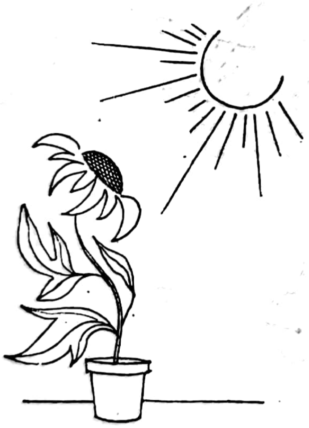
604. **TROPARGAL$^{(MC)}$** Spania ● Produs terapeutic ce conţine două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, care se complementează :

- ● NORTRIPTILINA$^{(M)}$ — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- ● DIAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acţiune antidepresiv-sedativă.

605. **TROPISM** (cf. gr. *tropos* „mod, manieră, atitudine") — sin. TAXIE ● Orientarea creşterii organismelor vii, determinată de direcţia din care acţionează stimulii utili biologici (apropiere — tropism pozitiv) şi cei dăunători (depărtare — tropism negativ).

În funcţie de tipul stimulilor, se descriu fenomene de termo-, helio-, electro-, foto-, chimiotropism. Primele observaţii au fost publicate în 1890 de J. LOEB, fiind însă interpretate, în spiritul mecanicist al vremii, ca „reacţii automate care tind a orienta organismul în cîmpul energetic, astfel încît organismul şi receptorii să se afle în mod egal excitaţi de agenţi fizico-chimici". Ulterior, tropismul a fost privit ca un act adaptativ activ (JENINGS), ca tendinţă primară a organismului de a se orienta către un stimul de maximă excitaţie sau de respingere.



● Afinitatea unor substanţe care, odată introduse în organism, se fixează în anumite ţesuturi, organe. În această accepţiune sînt utilizaţi în farmacologie şi termeni ca : neurotropism (neurotrope), psihotropism (psihotrope), cardiotropism (cardiotrope), hepatotropism (hepatotrope) etc.

Avînd în vedere complexitatea proceselor de adaptare biologică şi socială a omului, tropismul nu poate reprezenta o explicaţie suficientă. De aceea, încercarea de acreditare a unor termeni ca biotropism şi sociotropism pentru a defini răspunsul organismului la stimulii biologici şi, respectiv, sociali este hazardată.

606. **TROPIUM$^{(M)}$** Anglia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvusivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

607. **TROPOCER$^{(M)}$** Spania — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice ; are indicaţiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecţiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

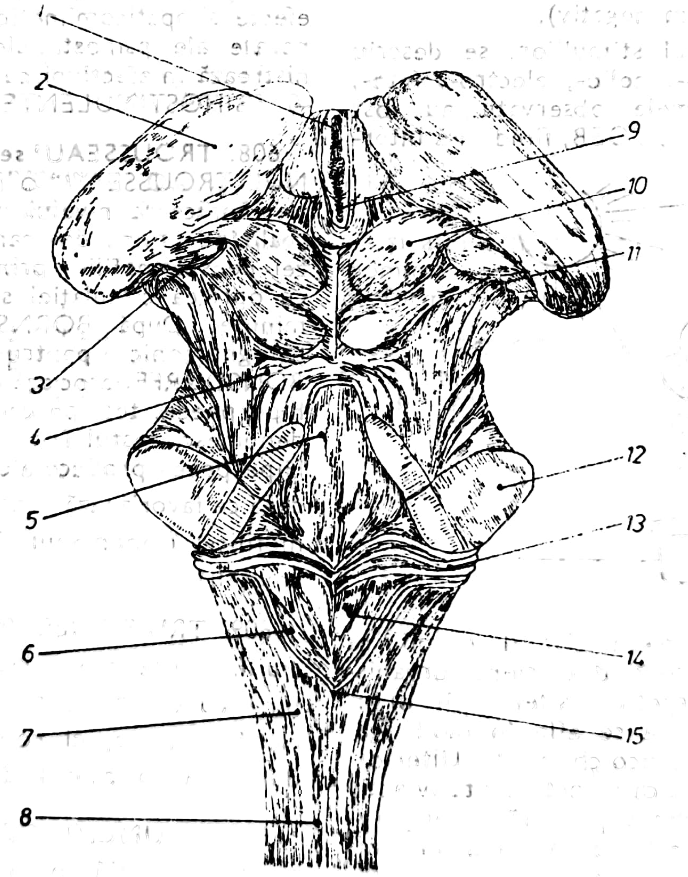
608. **TROUSSEAU^{s} semn** — sin. „FENOMENUL TROUSSEAU" ● Reproducerea contracţiei tonice la nivelul membrelor superioare, realizînd „mîna de mamoş", ca în cazul crizei de spasmofilie, prin aplicarea unui garou cu oprirea circulaţiei sanguine timp de 3—5 minute. După BORNSTEIN, semnul ar fi patognomonic pentru spasmofilie. Von BONSDORFF asociază la aplicarea garoului hiperpneea, test pe care BEST şi TAYLOR îl denumesc „testul Trousseau — von Bensdorff". Hiperpneea produce alcaloză prin hipercapnie, ceea ce favorizează apariţia manifestărilor spasmofilice (fenomenul Trousseau, însoţit de ameţeli).

609. **TRUISM** (cf. fr. *truisme* : vezi engl. *truism*, de la *true* „adevărat") ● Adevăr banal, bine cunoscut de toţi, a cărui asertare nu clarifică nimic, ci constituie o secvenţă redundantă în cadrul discursului.

610. **TRUNCHI CEREBRAL** ● Structură complexă aflată în prelungirea măduvei spinării şi formată din bulbul rahidian, puntea lui Varolio şi mezencefal. Face legătura dintre măduva spinării şi etajele superioare ale sistemului nervos central : emisferele cerebrale şi complexul talamo-hipotalamic. Funcţiile

trunchiului cerebral sînt deosebit de complexe :

- în trunchiul cerebral se închid o serie de reflexe, unele de importanță vitală ; la acest nivel se află centrii respiratori, cardio-vasomotori, ai deglutiției, vomei, tusei, strănutului, centrii reflexelor salivare, lacrimale, centrii reflexelor pupilare, fotomotor și de acomodare ; alte reflexe inchise în trunchi sînt : clipitul, masticația, reflexele auditivo-oculo-cefalogire, reflexele vestibulare ;
- trunchiul cerebral reprezintă un segment de tranzit pentru căile ascendente și descendente care leagă etajele nervoase superioare de măduvă, dar și aria primară receptoare a majorității aferențelor senzoriale viscerale ;
- prin intermediul substanței reticulate, are rol în menținerea stării de veghe, a vigilității și atenției, conectînd evenimentele periferice senzoriale și motorii ; de asemenea, intervine în menținerea tonusului muscular, echilibrului, posturii, prin conexiunile stabilite cu nivelurile inalte ale integrării nervoase ale acestor funcții ;
- în structurile aparținînd trunchiului cerebral se află majoritatea neuronilor monoaminergici din SNC. Astfel, sistemul dopaminergic, cu rol în controlul unor funcții motorii, psihice complexe și secretorii endocrine, este format din circuite dopaminergice, dintre care o parte sînt localizate în trunchiul cerebral. Circuitul dopaminergic nigro-striat pare a fi implicat în controlul activității motorii extrapiramidale (în boala Parkinson acest circuit suferă un proces



FATA DORSALĂ A TRUNCHIULUI CEREBRAL - VENTRICULUL
1-Ventricul III ; 2-Pulvinar ; 3-Corp geniculat medial ; 4-Tract spino-cerebelos anterior ; 5-Șant median ; 6-Tenia ventriculu IV ; 7-Tuberculul nucleului gracil ; 8-Fascicul gracil ; 9-Rec suprapineal ; 10-Colicul superior ; 11-Bratul colicului interio 12-Peduncul cerebelos mijlociu ; 13-Striile medulare ; 14-Tr gonul nervului hipoglos ; 15-Obex.

de degenerescență). Circuitul dopaminergic mezo-limbic pare a fi corelat funcțional cu controlul activității neuroendocrine și cu controlul unor acte comportamentale (emoționale, sexuale, comportamente agresive).

Sistemul noradrenergic prezintă de asemenea neuronii de origine la nivelul trunchiului cerebral (substanța reticulată bulbară, punte). Prelungirile acestor neuroni prezintă însă conexiuni cu celelalte etaje nervoase, sistemul noradrenergic avînd o distribuție largă și paralelă (RANGA) cu cea a sistemelor specifice de proiecție corticală și subcorticală, fiind deci implicat în funcții complexe, ca termoreglarea, starea de somn și veghe etc.

Tot în trunchiul cerebral se află neuronii de origine ai sistemului dopaminergic, și el larg conectat cu formațiuni nervoase superioare și deci implicat în : transmisia mesajelor vizuale și auditive, controlul activității motorii, procese de învățare și memorizare, ingestie de alimente, starea de somn, activități psihoafective.

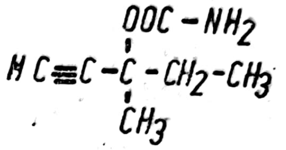
Larg și heterogen distribuit în SNC, sistemul colinergic interconectează trunchiul cerebral cu celelalte structuri nervoase, căile sale corespunzînd mai ales sistemului reticulat activator ascendent, regiune importantă, care realizează legătura dintre evenimentele periferice senzoriale și motorii, cu nivelele înalte ale integrării nervoase.

Toate aceste roluri fac din trunchiul cerebral o zonă nervoasă la nivelul căreia pot interveni, prin însuși mecanismul lor de acțiune, drogurile psihotrope, multe dintre efectele secundare psihice și vegetative ale acestora explicîndu-se prin aceste interferențe.

Afectarea primară a unor zone ale trunchiului cerebral apare în tumorile subentoriale (de fosă posterioară), în care simptomatologia psihică este variabilă calitativ și cantitativ. Astfel, se manifestă precoce semnele de hipertensiune intracraniană de o intensitate deosebită, urmate de halucinații vizuale elementare, tulburări de conștiință, obnubilare cu dezorientare, indiferență, apatie, tulburări de atenție și memorie, tulburări afective și modificări caracteriale. Simptomatologia psihică este însă dominată de semnele neurologice mult mai severe.

Ateroscleroza difuză poate fi însoțită de un sindrom pseudobulbar, dominat de asemenea de semne neurologice : reducerea motilității voluntare, accentuarea celei involuntare, pareză spastică a musculaturii extremității cefalice, modificări de voce, palilalie, rîs și plîns spasmodic, astazo-abazie, incontinență sfincteriană. Simptomatologia psihică este dominată de deficitul intelectual.

611. **TRUSONO**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat carbamatic de



$$HC\equiv C-\overset{OOC-NH_2}{\underset{CH_3}{C}}-CH_2-CH_3$$

tip 3-metil-1-pentin-3-ol carbamat, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

612. **TRUXAL**$^{(M)}$ Austria ;
TRUXALETA$^{(M)}$ SUA ;
TRUXALETTEN$^{(M)}$ Elveția ;
TRUXALETTER$^{(M)}$ Finlanda ;
TRUXIL$^{(M)}$ Spania

— DCI *Clorprotixenă* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic de tip 2-clor-N, N-dimetiltioxantenă-$\Delta^{9,\gamma}$-propilamină, cu acțiune polivalentă : incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolitică și antidepresivă. Efectele secundare sînt mai modeste față de ale celorlalte tioxantene.

613. **TRYPTACAP**$^{(M)}$ SUA;
TRYPTAL$^{(M)}$ Israel ;
TRYPTANOL$^{(M)}$ Japonia;
TRYPTIZOL$^{(M)}$ Anglia

— DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic pe tip 10, 11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ$^{M)}$.

614. **T-SERP**$^{(M)}$ SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-trimetoxibenzoic acid esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

615. **TSIRIGOTIS Christos** (1848—1919) ● Considerat a fi primul psihiatru grec, are meritul de a fi creat unul dintre primele spitale de psihiatrie dotate în acest sens, în calitate de director al azilului din Corfu, fiind recunoscut și pentru organizarea spitalului psihia-

tric „Dromakaïtion" de la Atena. Are şi meritul de a fi primul medic grec care a publicat studii pe bază de statistici medicale.

616. **TUBERCULOFOBIE**(F) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FTIZIOFOBIE(F).

617. **TUBERCULOMANIE** (cf. lat. *tuberculum* „tubercul" ; gr. *mania* „nebunie") ● Formă de delir acut care apare în cursul evoluţiei infecţiei cu bacilul Koch, mai ales în localizarea sa pulmonară, descris în epoca absenţei unui tratament specific.

618. **TUBERCULOZĂ** (cf. lat. *tuberculum* „umflătură mică", de la *tuber* „tumoră") ● Boală infecţioasă, contagioasă, avînd un agent etiologic specific (bacilul Koch), caracterizată anatomic prin leziuni specifice tuberculoase, iar clinic printr-un tablou polimorf, condiţionat de stadiul de evoluţie şi localizare.

Relaţia bolii cu tulburările psihice a fost sesizată încă de LAENEC, întemeietorul ftiziologiei moderne (victimă el însuşi a acestei boli), care a legat apariţia tuberculozei de „pasiunile triste", în virtutea concepţiilor vremii. După cum arăta ATHANASIU, ftizia hemoptoică, morbul Pott, meningita incurabilă au constituit teme utilizate frecvent pentru creaţia artistică în secolul al XIX-lea, mai ales în romantismul tîrziu.

Statutul psihologic al bolnavului de TBC a suferit radicale modificări de-a lungul ultimelor decenii, această boală, considerată „un reflex al mizeriei legate de urbanizare, de industrializare", înregistrînd o frecvenţă sensibil diminuată după apariţia antibioticelor specifice.

Relaţia dintre tuberculoză şi tulburările psihice poate fi luată în discuţie din trei puncte de vedere :

- tulburările psihice şi TBC ;
- psihologia bolnavilor TBC ;
- probleme de ordin psihiatric legate de tratament.

● În ceea ce priveşte relaţia dintre tulburările psihice şi TBC, s-a constatat că psihozele sînt extrem de rare la ftiziile grave de organ. Referinţe în literatura de specialitate au fost mai frecvente la schizofrenie, de la incriminarea etiologiei bacilare a acesteia, pînă la descrierea unor tablouri corespunzînd psihozelor reactive schizofreniforme şi depresive. Toţi bolnavii mintal pot face practic tuberculoză, în mod special schizofrenii (35—50% şi chiar mai mult — după COLLET, CHARPIN şi GOUVITSOS, MALDONALDS), în antecedentele acestora constatîndu-se îmbolnăviri de TBC (la mai mult de 20% — M. POROT). Explicaţia rezidă în mare parte în absenţa tuberculostaticelor din perioada psihiatriei clasice, ceea ce genera o mare rată de mortalitate în rîndul alienaţilor. Debilitatea mintală, alcoolismul, delirurile cronice, paralizia progresivă, perioada senilităţii — sînt tot atîtea circumstanţe de boală psihică în care baciloza se poate exprima. În legătură cu cauzele acestui fenomen, G. D. CONSTANTINESCU (citat de CUCU, 1981) găseşte următoarele explicaţii :

- spitalizarea prelungită, infecţiile intraspitaliceşti, condiţiile precare de igienă ;
- unele simptome psihice ar favoriza în mod deosebit apariţia tuberculozei (negativismul, anorexia).

Nu mai este astăzi nici un dubiu asupra faptului că baciloza şi boala psihică evoluează independent una de alta şi că eficacitatea neurolepticelor a modificat radical tabloul psihic. Relaţia TBC cu schizofrenia este departe de a fi singulară ; BURNAND (citat de M. POROT, 1985) a observat, în egală măsură, manifestări de tip anxios, obsesional sau chiar neurastenic. Caracterul torpid şi oligosimptomatic al TBC la bolnavii psihici implică dificultăţi sporite în aprecierea incidenţei bolii. În privinţa fazelor terminale, autorii au insistat în egală măsură asupra stării euforice finale (EWALD, DUPRÉ), ca şi asupra unor inexplicabile remisiuni sau tablouri melancolice în faţa apropierii morţii.

În cazul unor tablouri psihopatologice în care sînt implicate confuzia, depresia, halucinaţiile, idei delirante fragmentare, acestea sînt considerate ca tulburări nespecifice, întîlnite în oricare dintre bolile infecţioase cu răsunet general (→ MENINGITĂ TBC). Aşa-zisa „neurastenie bacilară" (AUBIN MAS) însoţeşte, de obicei, unele forme latente de TBC, astenia deosebindu-se aici de cea din neurastenia vera prin absenţa ameliorării în partea a doua a zilei.

● Modificările psihologice ale bolnavilor bacilari ţin, în cea mai mare parte, de sindromul de inadaptare la boală, de reacţia psihică normală la acest eveniment intervenit în existenţa individului, de tipul de personalitate. Prezente atît la începutul cît şi la sfîrşitul bolii, ele pot avea un conţinut depresiv, obsesivo-fobic, isteric. În ceea ce priveşte trăsăturile de personalitate premorbidă, se pare că acestea se accentuează prin mecanisme care rămîn deocamdată necunoscute (mecanism toxic bacilar, dezechilibru neurovegetativ, endocrin). Instabilitatea, labilitatea afectivă, egocentrismul, egofilia se accentuează, este îmbrăţişată filozofia „carpe diem", prin relativizarea inhibiţiilor şi apariţia unor dominante pe linia instinctelor alimentare şi sexuale (ATHANASIU), în care „sentimentul trăit" îşi schimbă coordonatele. Se descriu și reacții de tip abulic, de tocire a sensibilității și lunecare spre credulitate, reverie, jocuri, alcoolism. Dezvoltarea unor reacții paranoiace (revendicare, idei de prejudiciu, de persecuție — cu un grad variabil de interpretare și sistematizare) este frecvent pusă în legătură cu asistența medicală și beneficiile secundare.

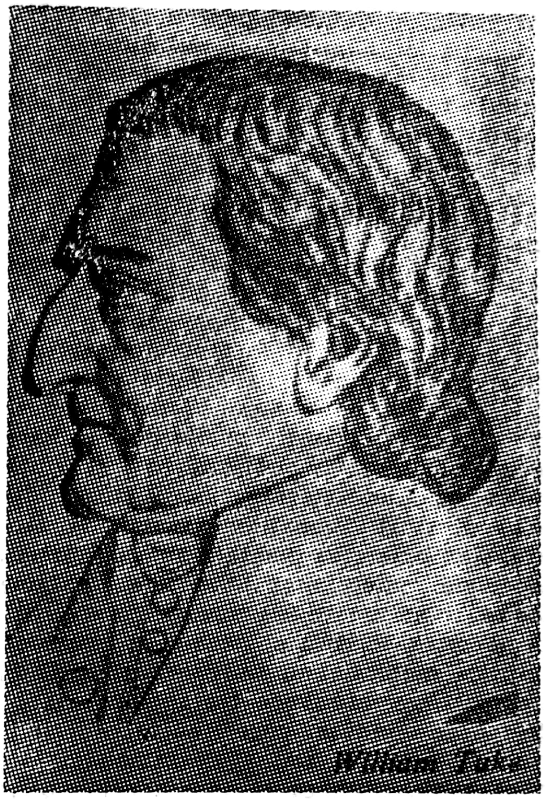
Unii subiecți ignoră cu desăvîrșire boala ca și pericolul contagiunii. Aceștia sînt bolnavii care ridică numeroase probleme disciplinare în cursul spitalizării, manifestînd un grad redus de sociabilitate și chiar tendințe de autodistrugere. Somatizarea reprezintă la acești bolnavi (BEGAIN) un mecanism de apărare, care le permite ieșirea din depresie. Angoasa și dependența pacientului bacilar de medic și de boală (trăită ca refugiu) sînt prezente constant în profilul psihologic al acestuia.

● Antibioticele majore pe care se bazează astăzi terapia tuberculozei (izoniazida, rifampicina, etambutolul, streptomicina, etionamida, protoniamida), atît de eficace în combaterea infecției, ridică unele probleme din punctul de vedere al tulburărilor psihice care pot interveni în timpul curei. Sînt consemnate: acțiunea euforizantă a izoniazidei, realizînd veritabile stări maniacale sau confuzionale, intricate cu fenomene onirice, posibilitatea declanșării de crize comițiale ; ototoxicitatea generatoare de surditate definitivă, veritabile encefalopatii în cazul streptomicinei ; stările depresive provocate de etionamidă.

Complexele măsuri de ordin psihoigienic și antiinfecțios care trebuie luate în diferitele faze de evoluție ale tuberculozei, pot fi reunite sub conceptul de igienă mintală a bolnavilor tuberculoși, care presupune o strînsă colaborare între psihiatru și ftiziolog.

619. **TUKE William** (1732—1822) ● Fondatorul unei „dinastii" alcătuită din patru generații, care, inspirate de idealul filantropic al quakerilor, au adus importante contribuții la dezvoltarea așezămintelor medicale destinate îngrijirii bolnavilor psihici.

William TUKE, de profesie negustor de ceai și cafea, a fost inițial lipsit de orice preocupări medicale. Cotitura din viața sa s-a produs în momentul în care o femeie aparținînd quakerilor, bolnavă mintal, a decedat în condiții mai mult decît condamnabile, într-o instituție azilară. Acest deces a declanșat o activitate de aproape un secol a familiei TUKE, închinată ameliorării soartei bolnavilor psihici.



William Tuke

Începutul acestei activități este marcat de construirea unui azil — numit sugestiv „Retragerea" — din subscripții și prin inițiativa și efortul deosebit al lui William TUKE. Îngrijirea bolnavilor psihici era făcută sub supraveghere medicală, primul medic de aici fiind Thomas FOWLER (1736—1801), al cărui nume a rămas legat și de o loțiune calmantă pe care a preparat-o.

Principiile terapeutice se bazau pe respectarea condiției de om a bolnavului psihic, pe metode de convingere și înțelegere, excluzînd coerciția barbară și molestarea. Folosirea lanțurilor pentru contenția celor agitați era strict interzisă ; se recurgea numai la cămașa de forță și la izolarea bolnavilor agitați în camere special amenajate. Metodele folosite în această instituție devin repede cunoscute și apreciate, astfel încît, în 1815, William TUKE este invitat în fața Camerei Comunelor pentru a le prezenta.

620. **TUKE Henry** (1755—1814) ● Unul dintre reprezentanții familiei engleze TUKE (fiul lui William TUKE), de formație umanistă, a îndeplinit diferite funcții în cadrul asociației „Societatea prietenilor". A fost un fervent susținător al principiilor de îmbunătățire a asistenței bolnavilor mintal, principii aplicate în instituția azilară „Retragerea", fondată de tatăl său.

S-a lansat într-o polemică publicistică cu conducătorii institutelor azilare pentru bolnavi psihic, criticîndu-i pentru că se foloseau de funcţia lor numai în scopul obţinerii unor beneficii personale. Este citat de istoria psihiatriei tocmai pentru această luptă dusă pentru îmbunătăţirea condiţiilor de asistenţă a bolnavilor psihici.

621. **TUKE Samuel** (1784—1857) ● Fiul lui Henry TUKE, preocupat, în virtutea tradiţiei familiei, de îmbunătăţirea asistenţei bolnavilor psihici, preconizînd în acest domeniu un model de organizare a instituţiilor pentru alienaţi, considerat „cel mai important din istoria tratării alienaţilor din Anglia". Deşi lipsit de orice fel de pregătire medicală (aparţinînd unei familii de comercianţi, profesiune la care a aderat), lucrarea sa, publicată în 1813, „Descrierea azilului Retragerea, situat lîngă York, destinat alienaţilor mintali şi făcînd parte din Societatea prietenilor, cu istoria sa, progresele sale, modalităţi de tratament folosite şi expunere de cazuri", a reuşit să facă pentru psihiatria engleză ceea ce scrierile ştiinţifice medicale nu reuşiseră să facă. El a preconizat o metodă de tratament bazată pe înţelegere, blîndeţe, cucerirea încrederii bolnavului. S-a lansat, alături de tatăl său, într-o acerbă critică publică la adresa celor pentru care azilele de alienaţi nu reprezentau decît o sursă de venituri. În 1815, apare o altă lucrare remarcabilă: „Note practice asupra construcţiei şi organizării azilelor destinate alienaţilor indigeni, cu indicaţiile date arhitecţilor care au prezentat planul azilului Wakefield". Este continuatorul bunicului său, William, în funcţia de trezorier al azilului „Retragerea".

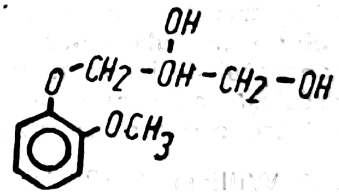
622. **TUKE Daniel-Hack** (1827—1895) ● Ultimul descendent, fiul lui Samuel TUKE, şi singurul medic din familia TUKE, familie al cărei nume este mult timp (aproape un secol) strîns legat de dezvoltarea asistenţei bolnavilor psihici din Anglia secolelor al XVIII-lea şi al XIX-lea. Destinat de familie unei cariere în justiţie, el a intrat, prin aceasta, în contact cu studiile antropometrice, fapt care l-a determinat să înceapă la Londra studiile medicale. Absolvent în 1852, a devenit în 1853 doctor în medicină la Heidelberg. Cu ocazia călătoriilor întreprinse în Olanda, Franţa şi Germania, a vizitat instituţiile azilare din aceste ţări, contactînd o serie de personalităţi (JACOBI, CHARCOT) cu care a început o strînsă colaborare. Este fondatorul unei Societăţi de patronare a bolnavilor psihici convalescenţi — „The Aftercare Association". Prin studiile sale referitoare la boala psihică, dar şi prin cele în care încearcă o reorganizare a asistenţei psihiatrice, el se înscrie alături de marii alienişti ai acestei perioade.

Dintre operele care l-au făcut celebru la vremea sa pot fi citate: „Ilustrarea influenţei spiritului asupra corpului în stare de sănătate şi de boală" (1827); „Despre cele mai bune metode de a stabili statistic cauzele alienării mintale" (1878); „Somnambulism şi hipnotism" (1884); „Ideile obsedante fără concepţii delirante" (1890).

623. **TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI** — sin. COPIL ACTING OUT; COPIL HIPERACTIV; COPIL INSTABIL; COPIL TURBULENT; COREE MINTALĂ; HIPERKINETIC$^{(S)}$; IMPULSIV HIPERKINETIC$^{(S)}$; ORGANIC CEREBRAL MINIMAL$^{(S)}$ sin.
→ DISFUNCŢIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM)$^{(S)}$.

624. **TULBURARE A REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE** — sin. ACŢIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH); ASTENIE NEUROCIRCULATORIE; CORD IRITABIL; HIPERVENTILAŢIE$^{(S)}$ sindrom; INIMA SOLDATULUI; NEVROZĂ CARDIACĂ; PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ; STILLE-HARTSHORNE$^{(S)}$ sindrom sin. → DA COSTA$^{(S)}$ sindrom.

625. **TULYN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip



3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol, cu acţiune miorelaxant-sedativă şi moderat anxiolitică, cu o bună toleranţă.

626. **TUMORI CEREBRALE — tulburări psihice** (cf. lat. *tumor* „umflătură"; *cerebrum* „creier") ● Tulburările psihice apărute în cursul evoluţiei tumorilor cerebrale se caracterizează printr-un debut şi tablou clinic ce depinde de natura tumorii, localizarea şi modul ei de evoluţie. Tulburările psihice sînt însoţite de semne neurologice sub forma unei afectări cerebrale globale sau a unui sindrom focal, ce poate indica sediul tumorii.

Interesul manifestat faţă de tulburările psihice apărute în tumorile cerebrale este de mare importanţă, deşi se consideră că eventualitatea ca o tumoră cerebrală să se afle la originea tulburărilor psihice ale unui bolnav este mai rară pentru un psihiatru, comparativ cu un neurolog. Din păcate, nu există nici în prezent date epidemiologice precise privind incidenţa acestor tulburări, pe de o parte, dată fiind imprecizia formulării lor de către neurolog sau neurochirurg şi, pe de alta, dat fiind că psihiatrul nu participă la examenele paraclinice sistematice, necesare depistării tumorii (fie chiar necropsice).

Dacă în mod frecvent mulţi pacienţi cu tumori cerebrale prezintă, în evoluţia lor, marcate tulburări psihice, de la 10 pînă la 100%, în funcţie de atenţia cu care sînt căutate şi înregistrate, ca şi de stadiul de evoluţie a tumorilor în momentul examinării, există şi tumori cerebrale la bolnavi psihici, cele mai frecvente tipuri fiind meningioamele şi glioamele. Cercetările consacrate tulburărilor psihice din tumorile cerebrale au început abia spre sfîrşitul secolului al XIX-lea (LADAME, 1865 ; STARR, 1884 ; JASTROWITZ, 1888), îmbogăţite de DUPRÉ (1903), BARUK (1926), PFEIFFER (1930), SCHLESINGER (1950), HECAEN şf AJURIAGUERRA (1956). În ceea ce priveşte etiopatogenia, pînă în prezent nu au putut fi stabilite relaţii cauzale între materialul tumoral şi fenomenologia psihică, caracterul evolutiv al leziunii impiedicînd stabilirea unor corelaţii clinico-patologice precise. Personalitatea premorbidă, ca şi predispoziţia terenului par a juca un rol important. Nu există nici date precise asupra modului în care mofidicările lichidului cefalo-rahidian, modificările circulatorii, afectarea globală prin hipertensiune intracraniană (HIC) influenţează în mod diferenţiat psihicul în raport cu efectele directe ale leziunii tumorale. Suferinţa de ansamblu a encefalului, datorată efectelor toxice tumorale sau HIC, produc tulburări psihice generale, iar consecinţele localizării tumorii stau la baza tulburărilor psihice de focar (moria, sindromul Gerstmann, agnozia spaţială etc.).

BAGDASAR şi ARSENI (1951) au observat, în cazul tumorilor frontale, dacă tumora este mică şi se dezvoltă în plin parenchim cerebral, o exagerare a personalităţii premorbide (alături de pareza facială centrală discretă contralaterală). Moria se produce de-abia cînd, prin creştere, tumora comprimă lobul frontal în partea opusă, cu evidenţierea unor trăsături opuse personalităţii premorbide (însoţite de o hemipareză contralaterală). Cînd nucleii bazali sînt comprimaţi, apare starea confuzivă, somnolenţa, gatismul (hemipareză sau hemiplegie contralaterală, semne de iritaţie piramidală ipsilaterală). Agresivitatea, agitaţia sînt, de asemenea, semne specifice localizărilor frontale.

Diagnosticul pozitiv se realizează prin evidenţierea de :

- Tulburări psihice permanente nespecifice (care, prin importanţa lor diagnostică, devin specifice), cu o mare fluctuaţie a intensităţii în intervale scurte de timp (ore, zile) ;
  - — îngustarea cîmpului conştiinţei, întîlnită la 1/3 din cazuri, iniţial uşoară, ulterior apărînd o stare confuzională sau confuzo-onirică de diferite intensităţi ;
  - — stare de apatie, pe fondul căreia apar iritabilitate şi labilitate emoţională pronunţată, nemotivată întotdeauna psihologic ; euforia este rară. mai frecvent apar sentimente de tristeţe (a nu se confunda cu depresia) ;
  - — diminuarea treptată a funcţiilor intelectuale ; scăderea capacităţii de abstractizare, sinteză şi analiză, bradipsihie, sărăcirea asociaţiilor, conducînd spre sindromul psihoorganic cronic (riscul unui diagnostic fals cu demenţa senilă sau arteriopatică) ;
  - — sindromul delirant slab sistematizat este mai rar întîlnit, dar sînt posibile şi episoade psihotice acute.
  - — crize halucinatorii : vizuale, auditive, olfactive, luînd uneori forma de aură sau de echivalenţă a unei crize comiţiale ;
  - — alterări paroxistice ale conştiinţei : crize uncinate cu „dreamy state" sau „absenţe" cu automatisme motorii ;
  - — crize de agravare a stării confuzionale pînă la comă ;
  - — crize comiţiale secundare.
- Sindromul de HIC se poate dezvolta înaintea sau după apariţia semnelor de focar. De obicei, prezintă iniţial perioade de remisiune, dar treptat devine permanent, pentru a se termina prin comă şi exitus ; este alcătuit din :
  - — simptome somatice : cefalee, greţuri, vărsături, edem papilar, bradicardie şi bradipnee, crize convulsive generalizate ;
  - — simptome psihice : confuzie mintală şi dismnezie. Confuzia mintală (BARUK) interesează vigilenţa şi ritmul psihic, datorită unei atingeri diencefalice şi afectează mai puţin funcţiile intelectuale elementare. Dismnezia apare la 1/3 din cazuri, este mai frecventă la vîrstnici şi poate ajunge pînă la sindromul Korsakov ; s-r datora afectării prin HIC a centrilor nervoşi situaţi în planşeul ventricolului III.

TABEL CXCVIII

Localizare	*Tulburări psihice*	*Tulburări neurologice*
TUMORI FRONTALE	● moria (stare de euforie nătîngă, puerilă, artificială, pe un fond general de apatie, glume inadecvate, calambururi) ; ● activitate generală redusă pînă la akinezie sau agresivitate, agitație.	● paralizii (monopareze, monoplegii, hemipareze, hemiplegii) ; ● tulburări ale reflexelor : prezența reflexului de apucare și agățare, crize adversive oculocefalogire, ataxie frontală, tulburări de vorbire, afemie.
TUMORI TEMPORALE	● epilepsie temporală : — aură epileptică ; — echivalență psihică în crize psihosenzoriale sub forma halucinațiilor vizuale, auditive, olfactive, gustative, vestibulare (repetate stereotip și pe fondul unei stări confuzionale) ; halucinozele vizuale se proiectează în partea cîmpului vizual opus tumorii, cu hemianopsie omonimă ; — crize motorii : mici automatisme (plescăit, masticație, înghițire) sau mari automatisme (fugă, automatism ambulator) ; — tulburări de conștiință ; — criza uncinată (stare de vis—„dreamy state“, halucinații olfactive și gustative neplăcute, tulburări paramnezice de tip „déjà vu“) ; — crize vegetative : crize dureroase epigastrice și abdominale, tulburări vasomotorii și respiratorii.	● hemianopsie omonimă in cadrul superior ; ● tulburări afazice de tip senzorial.
TUMORI PARIETALE	● tulburări psihice generale	● tulburări de schemă corporală : — sindromul Gerstmann (agnozie digitală, acalculie, agrafie, dezorientare dreapta-stînga) ; — sindromul Anton-Babinski (hemiasomatognozie, anosognozie, anosodiaforie) ; ● tulburări de sensibilitate contralaterale (astereognozie, agnozie tactilă, hemihipoestezie profundă și tactilă) ; ● tulburări motorii (hemipareză discretă sau hemiplegie) : ● atrofii musculare contralaterale ; ● apraxie ideomotorie ; ● afazie senzorială (în leziunile emisferului dominant).
TUMORI OCCIPITALE	● halucinoze vizuale elementare (se repetă stereotip și pot preceda o criză convulsivă)	● agnozie vizuală ; ● cecitate corticală (foarte rară) ; ● hemianopsie omonimă contralaterală ; ● hemidiscromatopsii

- Tulburări psihice de focar şi tulburări psihice specifice.

Statistici recente (CHODKIEWICZ şi colab. 1980, citat de HUBER) menţionează pozitivitatea examenului neurologic la 83% din bolnavii consideraţi „psihici", la care existau, în realitate, tumori cerebrale, ceea ce pune în evidenţă necesitatea efectuării unui minuţios control neurologic, cu utilizarea unor mijloace moderne de diagnostic (tomodensitometrie sau Scanner).

Ceea ce BLEULER a descris, în 1943, drept „psihosindrom cerebral local" a fost completat de neurochirurgii americani CHAPMAN şi WOLFF prin studiile efectuate (1959) asupra deficitului intelectual la bolnavii operaţi de tumori cerebrale, ca şi de alte cercetări ulterioare.

Tabloul clinic al tulburărilor psihice şi neurologice de focar în localizările frontale, temporale, parietale şi occipitale este prezentat în tabelul CXCVIII.

În tumorile corpului calos, tulburările psihice au o frecvenţă de 100%, cu o aprosexie caracteristică. Tumorile subentoriale dezvoltă un sindrom HIC precoce, fiindu-le caracteristice crize de angoasă paroxistică (H. EY). Tumorile de la baza creierului nu sînt legate de tulburări psihice caracteristice.

Examenele complementare care evidenţiază prezenţa unui proces expansiv tumoral sînt următoarele : fundul de ochi (staza papilară pînă la atrofie optică apare în 30% din cazuri) ; campimetria (hemianopsii) ; radiografii craniene ; EEG specifică la 20% din cazuri (COOB şi KILOH), pînă la 50% (ARSENI) pentru anumite localizări şi în faze terminale ; scintigafie ; echoencefalografie ; angiografie ; pneumoencefalografie (PEG este utilă, dar contraindicată în HIC) ; tomografia axială computerizată (cu cele mai puţine riscuri şi excelente rezultate, care a revoluţionat diagnosticul tumorilor cerebrale).

Simptomatologia psihică a tumorilor cerebrale poate fi diferenţiată de alte afecţiuni psihice în funcţie de perioada în care psihiatrul surprinde evoluţia tumorală :

- în perioada de debut : neurastenie, sindrom neurasteniform din debutul altor afecţiuni psihice, alte nevroze (obsesionale, anxioase, depresive, hipocondriace, isterice) ; isterie (cu formele ei — reacţie, nevroză, psihoză) ;
- în perioada de stare : sindrom confuzional de diferite etiologii, sindrom psihoorganic cronic de alte etiologii, sindrom delirant slab sistematizat, epilepsii (doar 20% din cazurile cu tumori pot prezenta crize epileptice) ; psihoze endogene (schizofrenie, PMD, deliruri cronice) ; arterioscleroză cerebrală (care însă poate uneori coexista cu o tumoră cerebrală) ; alcoolism (episoadele confuzionale toxice se pretează la confuzie) ;
- în perioada terminală : sindroame demenţiale presenile şi senile (în special în cazul meningioamelor care comprimă zona anterobazală a cutiei craniene, producînd deteriorare progresivă).

Semnele neurologice caracteristice tumorilor cerebrale pot fi cu multe luni sau chiar ani precedate de tulburări psihice, asociindu-se frecvent cu sindromul de HIC. Dacă în tumorile frontale evoluţia îmbracă, de obicei, o formă progresivă, uneori sînt posibile şi remiterea sau ameliorarea sindromului. Se citează chiar regresiunea definitivă a tulburărilor psihice care inaugurează tabloul clinic al unei tumori frontale. Rapiditatea şi gravitatea evoluţiei vor orienta diagnosticul prin potenţialul evolutiv propriu al tumorii. Urmărirea bolnavilor după ablaţia tumorii a indicat, de obicei, regresia tulburărilor psihice. Pot surveni sechele postoperatorii, sub forma tulburărilor psihice supraadăugate la un pacient care nu le prezenta sau le prezenta vag înainte de operaţie (de exemplu, delir paranoiac, stare depresivă atipică).

Prognosticul este într-o strînsă legătură cu momentul stabilirii diagnosticului, cu localizarea tumorii cerebrale şi cu oportunitatea intervenţiei neurochirurgicale.

627. **TUMULTUOASĂ VORBIRE** → LOGOREE.

628. **TURBULENT — copil** (cf. lat. *turbulentus* „agitat, turbulent") — sin. ACTING-OUT — copil ; COREE MINTALĂ ; HIPERACTIV — copil ; HIPERKINETIC$^{(s)}$ sindrom ; HIPERKINETIC IMPULSIV$^{(s)}$ sindrom ; INSTABIL — copil ; SINDROM ORGANIC CEREBRAL MINIMAL ; TULBURARE IMPULSIVĂ A CARACTERULUI $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DISFUNCŢIE CEREBRALĂ MINIMĂ (DCM).

629. **TURBULENŢĂ** (cf. lat. *turbulentia* „tulburare") ● Comportament dezadaptativ al subiectului, care perturbă mediul social, familial, şcolar, profesional. Poate fi datorat unor deficienţe educaţionale, unor trăsături caracteriale sau unor boli psihice — caz în care nu se implică în mod necesar intenţionalitatea, fiind manifestări simptomatice.

Turbulenţa este semnificativ influenţată de coeficientul de toleranţă a mediului, exprimat prin atitudini familiale parcurgînd o gamă largă : de la simpatie, solidaritate, pînă la culpabilitate, ruşine, neacceptare manifestă, acceptare cu resemnare sau ambivalenţă.

În patologia psihiatrică turbulenţa apare în afecţiuni cu substrat organic cerebral (encefalopatie, traumatisme, epilepsii), la personalităţile dizarmonice (schizoidie gravă, perverşi, impulsivi), în nevroze (anxioasă, fobică), în stări reactive marcate de agitaţie psihomotorie.

630. **TURICEFALIE** (cf. lat. *turris* „turn" gr. *kephale* „cap") — sin. ACROCEFALIE ; CRÂNE DE THERSIL ; CRÂNE EN TOUR ; HIPSICEFALIE ; HIPSOCEFALIE ; OXICEFALIE ; PIRGOCEFALIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ THERSIL$^{(S)}$ sindrom.

631. **TURNER$^{(S)}$ sindrom** ● Aberaţie gonosomală, descrisă în 1938 de TURNER, caracterizată prin nanism, dismorfie, disgenezie gonadică, malformaţii asociate şi deficit intelectual, afectînd sexul feminin.

Afecţiunea este determinată de absenţa unui cromozom sexual, formula cariotipală fiind 45X (complement XO al garniturii cromozomiale). Au fost descrise însă şi alte configuraţii ale formulei gonosomale : XX, XY, XO/XX, XO/XY, XO/XXX etc.

Nanismul debutează precoce şi se accentuează cu vîrsta (talia se fixează în jurul a 140 cm). Dismorfia este caracteristică : faţă ovală, gît scurt, lat, pterygium colli accentuat, implantarea joasă a părului pe ceafă, torace în formă de scut, hipertelorism, epicantus, micrognaţie, boltă palatină ogivală. Dermatoglifele arată poziţia "t" a triradiusului axial, creşterea unghiului „atd" deplasarea triradiusului „b" spre marginea cubitală, scăderea numărului arcurilor digitale şi terminarea în „i" a radiantului proximal al lui „a". Disgenezia gonadică (patognomonică) constă în atrofia ovarelor, care induce amenoree primară şi sterilitate. Dezvoltarea mintală este variabilă. Ca malformaţii asociate sînt semnalate : cardiopatia congenitală (coarctaţie sau stenoză aortică), rinichi „în potcoavă", mîini şi picioare scurte şi plate, police scurt, clinodactilie, hipoacuzie, nevi pigmentari, strabism paralitic, ptoză palpebrală, epicantus, colostomă.

Examenul radiologic evidenţiază (după vîrsta de şapte ani) proeminenţa în formă de „nicovală" a platoului tibial intern, închiderea unghiului carpian inferior la 120 cu ascensiunea semilunarului (semnul Kosowicz), rarefacţia tramei osoase, hipoplazia primei vertebre cervicale şi cifoscolioza. Dozările hormonale relevă (după vîrsta de zece ani) creşterea titrului gonadotrofinelor urinare şi absenţa eliminării estrogenilor în urină. Tratamentul hormonal poate determina apariţia menstruaţiei, dezvoltarea sînilor şi creşterea părului axilar,

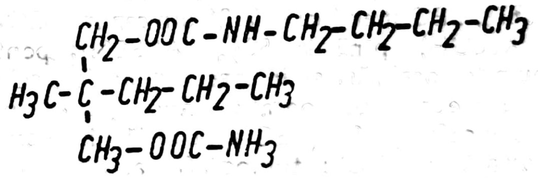
632. **TURNER MASCULIN$^{(S)}$ sindrom** — sin. FENOTIP TURNERIAN LA BĂRBAŢI ; NOONAN-SUMMITT$^{(S)}$; PSEUDO-TURNER$^{(S)}$; PTERYGIUM COLLI LA BĂRBAŢI$^{(S)}$; TESTICULAR GERMINAL DISGENESIS $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NOONAN$^{(S)}$ sindrom.

633. **TURNUL DIN PISA$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom cu dezvoltare lentă şi progresivă, care apare în tratamentul cu neuroleptice la adult, după administrări îndelungate. A fost descris de EKBOM şi LYNNGBERG, în 1972. Diskinezia se referă la extremitatea superioară a toracelui, gîtului şi capului şi este însoţită de rahialgii, nelinişte, astenie, insomnie, senzaţie de rău permanent. Poate fi însoţit de apariţia unor diskinezii tardive şi mişcări atetozice ale extremităţilor.

634. **TURSEN$^{(M)}$** SUA — DCI Guaifenesin ● Tranchilizant, derivat de glicerol $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TULYN$^{M)}$ SUA.

635. **TUSE ISTERICĂ** ● Simptom descris de OPPENHEIM în 1902, constînd dintr-o tuse seacă, cu timbru aspru, sacadată, care apare psihogen şi cedează în timpul somnului.

636. **TYBAMATE$^{(DCI)}$** ● Derivat propandiolic de tip 2-(hidroximetil)-2-metilpentil



$$\begin{array}{l} \quad \mathrm{CH_2-OOC-NH-CH_2-CH_2-CH_2-CH_3} \\ \quad | \\ \mathrm{H_3C-C-CH_2-CH_2-CH_3} \\ \quad | \\ \quad \mathrm{CH_3-OOC-NH_3} \end{array}$$

butilcarbamat-carbamat, cu acţiune sedativ-miorelaxantă şi valenţe anxiolitice, fără efecte secundare demne de a fi menţionate. Constituie principiul activ al următorilor produşi farmaceutici :

DEPRAN$^{(M)}$ SUA
EFFISAX$^{(M)}$ Italia
NOSPAN$^{(M)}$ Suedia
SOLACEN$^{(M)}$ SUA
SOLACIN$^{(M)}$ SUA
TYBATRAN$^{(M)}$ Italia.

637. **TYDEX$^{(M)}$** SUA — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari şi repetate poate duce la dependenţă.

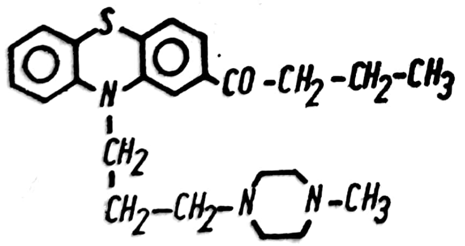
638. **TYLCIPRINE**$^{(M)}$ Franţa — DCI *Tranilcipromină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat ciclopropilaminic, indicat în depresiile inhibate ; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente şi antidepresive timoleptice (necesită o pauză de 14 zile). Contraindicaţiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

639. **TYLINAL**$^{(M)}$ Suedia — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă ; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanţe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, dar cu efect anorexigen apropiat fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO ; în timp poate realiza farmacodependenţă. Acţiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale NL.

640. **TYMELYT**$^{(M)}$ Suedia — DCI *Lofepramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 4′-clor-2-//3-(10, 11-dihidro-5H-dibenz/b, f/azepin-5-il)propil/-metilamino/acetofenonă, indicat în depresii endo-, exo-, somatogene, involutive şi reactive, cu acţiune uşor sedativă. Efectele secundare şi contraindicaţiile sînt cele ale timolepticelor. Nu se administrează cu IMAO.

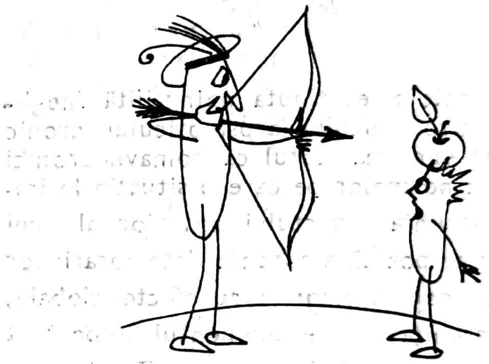
641. **TYRAXEN**$^{(M)}$ Coreea — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acţiune predominant miorelaxantă şi anxiolitic-sedativă ; are şi valenţe analgezice.

642. **TYRYLEN**$^{(M)}$ Germania — DCI *Butaperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 1-/10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/fenotiazin-2-il/-1-butanonă, cu acţiune asemănătoare cu a trifluoperazinei, avînd însă şi valenţe colinolitice, antihistaminice şi antiemetice. Instalarea efectelor terapeutice se produce rapid, dar şi efectele secundare de tip incisiv apar precoce.



643. **ŢEL** ● Concept psihosocial cu sferă mai largă decît noţiunile de ţintă sau scop, care desemnează o tendinţă orientată sau un obiect mai general către care tinde un individ sau grup social, ca urmare a actualizării unui motiv sau a unei trebuinţe. Reprezintă mai mult o direcţie generală de acţiune sau o finalitate prefigurată în sensul de efect acţional anticipat mai puţin riguros. Din perspectivă sociologică, toate acţiunile sociale sînt determinate de anumite ţeluri, reprezentînd expectanţele grupului social (sau grupării sociale) şi ale membrilor lui în privinţa schimbării prin acţiune a unor stări de lucruri sau situaţii existente. După R. MERTON, ţelul este o valoare instrumentală metamorfozată (→ SCOP, ŢINTĂ).

644. **ŢINTĂ** ● În psihologie. termenul desemnează, pe de o parte, ceea ce este sau devine la un moment dat obiectul atenţiei cuiva, iar pe de altă parte, anticiparea riguroasă a rezultatului unei acţiuni. Pentru animal, ţinta este legată de satisfacerea unei trebuinţe vitale, M. DOUGALL, C. TOLMANN şi alţi autori evidenţiind că toate organismele tind să urmărească anumite ţinte în adaptarea lor la mediu. La nivel uman, ţinta reprezintă una dintre condiţiile ţelului, devenind scop atunci cînd reflectă anticipativ atît direcţia, cît şi rezultatul acţiunii.



645. **ŢINUTĂ** (după fr. *tenue*) ● Ansamblu de însuşiri exterioare, vizibile, constînd într-o manieră relativ stabilă a fiecărui individ de a se îmbrăca, de a se purta, în genere, de a-şi îngriji într-un fel „propriu" aspectul exterior. În situaţii obişnuite, ţinuta poartă amprenta subiectului, fiind o primă expresie a lui însuşi ; ea se modifică în funcţie de situaţii, de exigenţele acestora, pe care persoana acceptă să le

respecte, într-o măsură sau alta. Astfel, o situaţie oficială impune un anumit mod de a fi (gesturi, mimică, vestimentaţie), concordant cu parametrii situaţiei ; se consideră că o persoană are ţinută nepotrivită sau necorespunzătoare cînd, într-o împrejurare dată, persoana se comportă şi se îmbracă într-un mod care încalcă normele consacrate pentru împrejurarea respectivă.

În psihopatologie, ţinuta neîngrijită (neglijentă) a schizofrenicului (a psihoticului cronic în genere) exprimă faptul că bolnavii cronici ies în afara normelor pe care o situaţie le implică în privinţa aspectului exterior al unei persoane ; ei poartă amprenta deteriorării lor psihice, a unei deteriorări cu efecte globale, în care graniţa dintre elementul important şi elementul neesenţial se şterge. Ţinuta istericului tinde spre extravaganţi ; pentru el, maniera în care se prezintă celorlalţi este, prin ea însăşi, un mijloc de autovalorizare şi de centrare a atenţiei. Pentru un anancast, aspectul exterior al lucrurilor capătă o importanţă excesivă, el insistînd ca totul că fie bine făcut ; în acest sens, ţinuta lui poate deveni îngrijită pînă la pedanterie, fără ca persoana să dorească să atragă atenţia asupra sa. Anancastul intensifică, în el însuşi, exigenţele unei situaţii, astfel încît ţinuta sa are o notă tipică ; el încearcă, în permanenţă, să se adapteze cît mai bine la împrejurare, în toate amănuntele.

Aşadar, ca aspect global exterior, ţinuta este determinată de trăsăturile subiective (profunde) ale persoanei, de starea acesteia la un moment dat şi de situaţia în care se află. V. LEVI denumeşte „psihologene" manifestările exterioare caracteristice şi semnificative pentru unele trăsături de personalitate (de exemplu, felul de a merge, de a mînca, de a vorbi).

646. **ŢIPĂT PRIMAL** ● Metodă psihoterapeutică preconizată de A. JANOV (1970) → STRIGĂT PRIMAL.

647. **ŢURCAN CONSTANTIN** (1849—1912) ● Psihiatru român, iniţiatorul asistenţei psihiatrice în Bucovina, organizatorul şi conducătorul primei secţii de psihiatrie în Spitalul Central din Cernăuţi (1886), secţie cu 40 de paturi. Urmărind evoluţia numărului de paturi din unităţile psihiatrice din Bucovina, V. PREDESCU a prezentat următoarea situaţie : 450 paturi în 1912 — anul morţii lui C. ŢURCAN ; 500 în 1929 ; 750 în 1930 şi 850 în 1937.

UU UU
UU UU
UU UU
UU UU
UU UU
UU UU
UU UU
UUUUUUUU
UUUUUUUU

1. **U** ● Curbă de frecvență descriind o scală de distribuție avînd minima în centru și maximele în cele două extremități. Arată o polarizare a intereselor unei populații sau o scindare a opiniilor, a sentimentelor față de un eveniment dat.

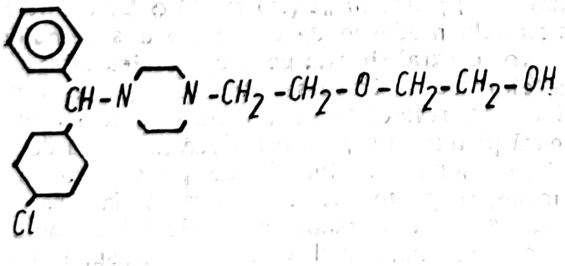
● Unde EEG din banda alfa apar în faza neurogenă a hipertensiunii, în zona rolandică, luînd așa-numitul aspect de „U" răsturnat și ascuțit sau ritm „en arceaux". Ritmul alfa poate îmbrăca acest aspect și în arterioscleroza cerebrală.

2. **UBICUITATE** (cf. lat. *ubique* „peste tot") ● Termen filozofic care desemnează proprietatea unui fenomen de a fi prezent peste tot în același timp.

Filozofia evului mediu considera că ubicuitatea era una dintre proprietățile ființei supreme.

Termenul este folosit în legătură cu unele fenomene psihopatologice care dau nota comună tulburărilor psihice. Se consideră că anxietatea este ubicuitară în întreaga patologie nevrotică (V. PREDESCU, 1988).

3. **UCERAX$^{(M)}$** Coreea — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN$^{(M)}$.



4. **UCRONIE** (cf. fr. *uchronie*) ● Termen referitor la o construcție istorică utopică, pornindu-se de la ipoteza că unele evenimente istorice s-ar fi desfășurat altfel decît s-au petrecut în realitate.

A fost folosit prima oară de Ch. RENOUVIER în 1876. Noțiunea pe ucronie presupune caracterul contigent al desfășurării istorice (DIDIER JULIA, 1984).

În unele deliruri de grandoare, fenomenul ucroniei este axat pe ipoteza că subiectul delirului ar fi ocupat o poziție centrală în desfășurarea evenimentelor istorice, cu interpretările de rigoare. Acest „delir ucronic" poate fi întîlnit în paranoia și parafrenie, putînd antrena producții delirante luxuriante.

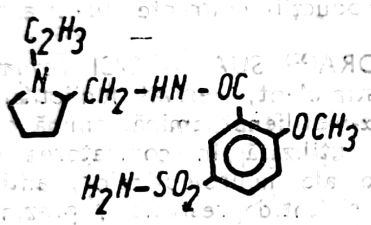
5. **UFORA$^{(M)}$** SUA — DCI *Levamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (—)-α-metilfenetilamină, amină simpaticomimetică utilizată în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor, anticonvulsivantelor și antidepresivelor ; prezintă riscul dependenței.

6. **UITARE** ● Proces psihic opus memorării, prin care se pierde amintirea unor fapte, evenimente sau lucruri (în general a unor informații mai mult sau mai puțin structurate într-un sistem. În psihopatologie, uitarea se referă la ansamblul cunoștințelor, dintre care unele sînt pierdute prin inhibiție proactivă (de la cunoștințe noi la cele vechi) sau retroactivă (de la cunoștințele vechi la cele noi). Fenomenul uitării se dezvoltă treptat și progresiv, în legătură cu anumite informații parțiale sau totale, în raport cu anumite categorii informaționale. Uitarea este legată de fenomenul învățării și al integrării materialului (de) învățat, presupunînd ștergerea unor legături temporare între achiziții în genere sau între vechile și noile achiziții. Legăturile temporare asigură păstrarea achizițiilor prin lanțuri asociative. Necesitatea uitării constă în faptul că ea elimină unele informații care,

la un moment dat, devin redundante, persistenţa lor împiedicînd manifestarea unor disponibilităţi noi (informaţii parazitare). Uitarea este strîns legată de factorii motivaţionali (absenţa motivaţiei pentru o categorie de evenimente sau informaţii sau pentru un eveniment anume favorizează ştergerea din stocul mnezic a respectivelor întîmplări, informaţii, cunoştinţe).

În psihanaliză, amnezia este înrudită cu refularea, trimiţînd la sexualitatea infantilă şi acoperind, în general, perioada primilor ani de viaţă (limita amneziei infantile ar fi intrarea în perioada de latenţă prin declinul complexului Oedip). Amnezia infantilă, ca şi amnezia isterică sînt efecte ale refulării ; amnezia infantilă ar fi condiţia prealabilă, care favorizează amnezia isterică. Intensificarea refulării se petrece în perioada de latenţă (de la declinul complexului Oedip, pînă la debutul pubertăţii) (→ PERIOADĂ DE LATENŢĂ ; AMNEZIE ; AMNEZIE INFANTILĂ ; REFULARE).

7. **ULCERIDOL**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valenţe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicaţiile NL incisive (endogenii) şi, în acelaşi timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive şi în afecţiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt cele comune NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie şi epilepsie.



8. **ULLRICH-BONNEVIE**$^{(S)}$ **sindrom** — sin. PTERYGIUM$^{(S)}$ SYNDROM ; STATUS ULLRICH-BONNEVIE ; ULLRICH-BONNEVIE-GEERTRUYDEN$^{(S)}$ sindrom ● Disgenezie gonadică, asociată cu numeroase malformaţii congenitale, descrisă de O. ULLRICH şi K. BONNEVIE (1935). Etiopatogenic, este determinată de producerea, în timpul ontogenezei, a unor dehiscenţe la nivelul coloanei vertebrale, prin care lichidul cefalorahidian migrează în spaţiile din jur, perturbînd procesele locale de dezvoltare. Acest proces a fost demonstrat experimental de K. BONNEVIE, atît în formele simetrice (sindrom Ullrich-Bonnevie), cît şi în cele asimetrice (sindrom Ullrich).

Din punct de vedere clinic, sindromul se manifestă prin *cutis laxa* (plici cutanate laxe pe feţele laterale ale gîtului) ce se întind pînă la umăr, infantilism sexual (constant, dar slab reprezentat), nanism, întîrziere psihică constantă, dar de intensitate redusă, facies dismorfic tipic (hipertelorism, implantarea joasă a urechilor), edeme congenitale limfangiectazice ale mîinilor şi picioarelor, malformaţii asociate (luxaţie congenitală a şoldului, sindactilie, hiperlaxitate articulară, heterocromia irisului, tulburări de sensibilitate, sindrom Claude-Bernard-Horner).

Etiologia şi prognosticul sînt, în general, bune. Tratamentul este simptomatic şi constă în administrarea de hormoni androgeni.

9. **ULPRIL-B**$^{(M)}$ Spania — DCI *Sulpirid* ● sin. Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic → ULCERIDOL$^{(M)}$ Japonia.

10. **ULTRAN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Fenaglicodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-(p-clorfenil)-3-metil-2,3-butandiol, cu acţiune anxiolitic-miorelaxantă ; este considerat un bun tranchilizant de zi.

11. **ULTRA-** (cf. lat. *ultra* „dincolo de") ● Element de compunere care introduce semnificaţia de depăşire a unei limite.

12. **ULTRAPARADOXALĂ** — **reacţie** (*cf. ultra-* ; gr. *paradox* „straniu, bizar") ● Etapă în activitatea scoarţei cerebrale, caracterizată prin inversarea raportului între semnificaţia excitanţilor, astfel încît, în cazul acţiunii unor excitanţi condiţionaţi negativ, se obţine un răspuns pozitiv, iar în cazul unor excitanţi condiţionaţi pozitiv, lipseşte reacţia corticală.

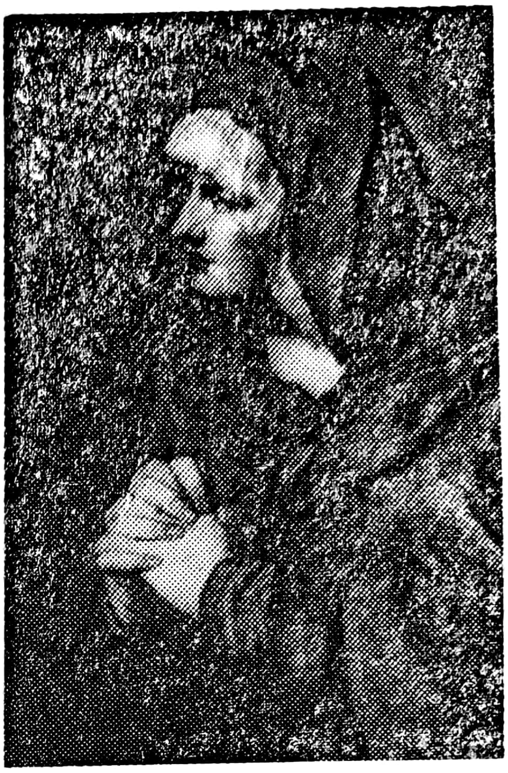
13. **ULTRASONOENCEFALOGRAFIE** (cf. *ultra-* ; lat. *sonus* „sunet" ; gr. *enkephalos* „creier" ; *graphein* „a (în)scrie") ● Una dintre metodele moderne de explorare a sistemului nervos central, bazată pe proprietatea ultrasunetelor de a traversa structuri şi ţesuturi şi de a fi reflectate în momentul cînd traversează planul de separare a două medii cu densitate diferită. În funcţie de punctul lor de emisie, se poate determina distanţa la care se află situat acest plan, prin calculul timpului scurs din momentul emiterii ultrasunetelor pînă la formarea ecoului, transformat în semnal electric ce poate fi înregistrat. Metoda nu prezintă riscuri pentru pacient, fiind utilizată în diagnosticul tumorilor cerebrale, chisturi-

lor, colecţiilor infecţioase, traumatismelor cerebrale, leziunilor vasculare cerebrale.

14. **ULULAŢIE** (cf. lat. *ululare* „a urla") ● Formă de dizartrie, în urma căreia limbajul devine un amalgam neinteligibil. După MARCHAIS, apare în demenţe şi în isterie.

15. **UMAN** (cf. lat. *humanus* „omenesc") ● Calitate care ţine de om ca individ sau ca specie. De obicei, acest atribut are în vedere dragostea, personalizată sau nu, faţă de oameni, compasiunea faţă de suferinţele lor, generozitatea. Umanul este un produs istoric al umanizării, al progresului în cultură şi civilizaţie, realizat prin trecerea de la o formaţiune socială inferioară la alta superioară şi, în acelaşi timp, este producător de cultură şi civilizaţie din perspectiva permanentului progres pe care omul îl realizează ca fiinţă morală. Umanul este astfel, succesiv, efect şi cauză a umanităţii şi a umanismului.

16. **UMANISM** (cf. lat. *humanus*) ● Orientare progresistă dezvoltată în epoca Renaşterii, cu implicaţii în domenii fundamentale ale gîndirii şi acţiunii umane, inclusiv ca doctrină filozofică orientată spre dezvoltarea calităţilor omului, situaţia şi destinul său în univers. Umanismul renascentist a pus accent pe dezvoltarea limbilor, a literaturii, a potenţialului creativ al omului. Renaşterea recuperează individul uman sub formula „ni ange, ni bête" (omul nu este nici înger, nici fiară), ceea ce trimite la faptul că omul este deopotrivă apt atît pentru ideal, cît şi pentru negarea oricărui ideal. În psihoterapie există un ansamblu de metode reunite în formula „potenţialul uman" (Human-Potential, prescurtat H.P.), metode care se bazează pe următoarea concepţie : oamenii folosesc, în majoritatea lor, numai o anumită parte a propriilor disponibilităţi sau capacităţi ; potenţialul fiecărui individ este mult mai mare decît potenţialul pe care îl investeşte în diferite activităţi ; este vorba aici de capacitatea de împlinire şi de satisfacere a persoanei, de-a lungul existenţei sale, în cîmpul valorilor sociale şi individuale. Orientarea H.P. este o orientare umanistă, în sensul că ea se referă la o societate care să permită dezvoltarea/împlinirea membrilor ce o constituie. În 1961, MASLOW vorbea de „Eupsihia — societatea cea bună" care să favorizeze dezvoltarea individului, maturizarea şi creşterea lui, astfel încît satisfacerea trebuinţelor sale să fie una reală. Mesajul de bază al oricărei orientări umaniste şi al umanismului în genere ar fi „tu eşti acela care creează". Originea cea mai îndepărtată a acestui mesaj trimite la geneză, la faptul că Dumnezeu a creat omul după propria sa imagine, deci omul conţine în el ceva din natura divinităţii. În acest sens, religiile orientale şi practicile orientale de divinizare au încercat recuperarea divinităţii, a ceea ce este cosmic în natura umană. Tradiţia creştină se centrează pe ideea renaşterii omului, renaştere ce semnifică atingerea unui alt nivel al dezvoltării, un nivel superior de limpezire a omului cu el însuşi, cu lumea. Orientarea umanistă derivă din concepţia cosmică asupra capacităţilor omului în ceea ce priveşte devenirea sa ca fiinţă, transformarea sa. În 1910, W. JAMES scria : „Cunoaştem foarte puţine lucruri despre valoarea noetică a stărilor mintale anormale...". În monografia intitulată „Energiile oamenilor" (1907), afirma că anumite condiţii (situaţii) în existenţă relevă faptul că oamenii dispun de surse nebănuite de „putere, curaj, iubire, suportare, creativitate" ; el se referea la energiile-rezervă ale omului, energii care pot fi stimulate şi angajate în transformarea individului. MORENO este precursorul orientării H.P. în psihologie şi psihoterapie ; el a căutat o metodă prin care omul să-şi exprime totalitatea trebuinţelor şi aspiraţiilor sale şi a încercat această metodă cu Teatrul spontaneităţii. Concepţia sa nu este o concepţie terapeutică corespunzătoare unui model medical



Tizian

Murillo

strict, ci ea vizează dezvoltarea și împlinirea persoanei prin stimularea resurselor sale necunoscute. Este vorba aici de creșterea eficienței în satisfacerea trebuințelor, într-un proces de transformare a omului prin eliberarea capacităților (disponibilităților) sale. MASLOW, reprezentant modern al mișcării H.P., vorbește despre „experiența vîrfului“ ca experiență de actualizare a resurselor umane, pe care, în mod curent, individul nu o realizează, în sensul că nu le investește decît parțial. Această investire a resurselor rămîne o problemă de motivație, de dorință a omului în ceea ce privește propria sa optimizare. Omul este supus valorilor pe care le creează și aceste valori sînt strîns legate de trebuințele, interesele, aspirațiile sale. Orice valoare se raportează la o trebuință. Comportamentul animal stabilește raportul de interes biologic, instinctual. Aceste raporturi le prefigurează pe celelalte, stabilite la nivelul comportamentului uman. Toate valorile umane au, originar, o rădăcină biologică. Valorile umane, de la necesitatea organică la ideal, servesc în mod esențial interese vitale. Valoarea nu exclude necesitatea biologică. Indiferent de nivelul la care valoarea se elaborează (organic, social, etic, spiritual etc.), ea nu numai că nu exclude trebuința, dar se sprijină, totdeauna, pe o trebuință. Semnificația valorică a unui obiect anume este diferită de la individ la individ în funcție de trebuințele sale legate de respectivul obiect. Libertatea în alegere există numai în măsura cunoașterii cauzelor interioare și a acordării acestor cauze cu exteriorul. Orientarea umanistă în psihologie și în terapia psihologică vizează, în ultimă instanță, realizarea/manifestarea resurselor umane (potențialul uman) în condiții interioare de libertate.

17. **UMANITATE** (cf. lat. *humanitas* „fire omenească, natură umană, omenire“) ● Totalitate a oamenilor, nu numai ca simplă însumare aritmetică a lor, ci ca un ansamblu sistemic alcătuind un strat sau domeniu ontic distinct în alcătuirea Ființei. În acest sens, termenul este sinonim cu omenire.

● Ansamblu al trăsăturilor generice, comune tuturor oamenilor, ce definesc esența speciei umane.

● Ansamblu al trăsăturilor morale definitorii pentru comportamentul omului *bun*, care manifestă altruism, toleranță, compasiune, solidaritate, cinste etc., în relațiile cu ceilalți. În acest sens, termenul este sinonim cu omenie.

18. **UMANIZARE** (cf. lat. *humanus*) ● Proces istoric prin care ia naștere și se dezvoltă neîncetat omul ca specie și lumea în care este posibilă existența lui, societatea și cultura. Umanizarea se înscrie, simultan, pe coordonate subiective (dobîndirea de către ființa umană a unor calități și atribute psihosomatice și, mai ales, spirituale din ce în ce mai rafinate, lărgind orizontul lăuntric al idealității purtătoare de valori) și obiective (transformarea mediului natural în lume a culturii, precum și continua prefacere a relațiilor sociale, pentru sporirea posibilităților de afirmare a libertății și creativității potențiale de care dispune omul). Factorul fundamental de umanizare îl constituie practica socială.

19. **UMBRĂ** ● Termen introdus de JUNG pentru a desemna profunzimile obscure ale psihismului (latura interioară a ființei), care determină comportamente inexplicabile pentru subiect. Este acea parte primitivă, necontrolată, ce apare în vise, personificată într-un personaj primitiv, cu însușiri pe care individul le respinge. Umbra se poate proiecta asupra unei persoane reale, de obicei asupra unui individ resimțit ca dușman de către persoana în cauză. JUNG afirmă că umbra conține acele însușiri neplăcute, sesizate sau nu de persoană la ea însăși ; umbra ar fi „bestia neagră“ din ființa umană. Ea reprezintă a treia dimensiune a ființei, incluzînd acele fenomene

pe care persoana nu le admite în planul conștiinței și de care se apără. Umbra este inconștientul individual, care conține dorințe și emoții incompatibile cu viața socială, cu exigențele civilizației, dar și fenomene ale inconștientului colectiv (de exemplu, diavolul este o expresie a umbrei ca inconștient colectiv). Reprimarea acelor tendințe cu origine în energia profundă a umbrei este necesară în cadrul vieții sociale.

Umbra este un echivalent a ceea ce grecii numeau „synopados", o prezență insesizabilă, neperceptibilă, dar resimțită ca atare ; în acest sens, umbra desemnează sufletul celor dispăruți. Un alt sens atribuit umbrei este acela de sumă a deficiențelor Eului.

20. **UMBRIUM(M)** Austria — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM(M).

21. **UMILINȚĂ(D) delir** (cf. lat. *humilis* „de jos, de rînd, umil") ● Delir de tip melancolic, caracterizat prin idei de devalorizare și de inutilitate. Bolnavul se autoacuză, își găsește greșeli în conduitele anterioare, pe care le consideră cauza actualei decăderi, atribuindu-le o extremă gravitate. De obicei, aceste idei apar în strînsă legătură cu ideile de autoacuzare și inutilitate, putînd precipita actul suicidar.

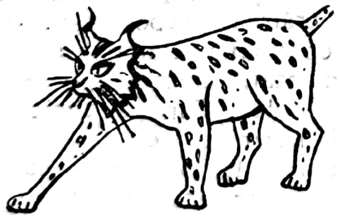
22. **UMINE(M)** Noua Zeelandă — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α, α-dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

23. **UMOARE** (cf. lat. *humor* „lichid") ● Termenul aparține medicinei hipocratice, care presupunea că organismul este format din patru umori : sînge, flegmă, bilă galbenă și bilă neagră (sîngele venos), derivate din cele patru elemente ale filozofiei ionice (aer, pămînt, apă, foc). În funcție de predominanța uneia dintre cele patru umori, hipocraticii au introdus în medicină noțiunea de „constituții", tipurile constituționale posibile fiind : sanguin, flegmatic, coleric, melancolic. Pe de altă parte, creierul era considerat de medicina hipocratică „o glandă care secretă pituita rece", antagonistă „umorilor calde". Prin extensie, termenul capătă drept sinonim timia (tonusul afectiv), termen derivat din grecescul *thymos* „spirit". În medicina antică, timia avea o semnificație generală, incluzînd voința, inteligența, sentimentele, pasiunile al căror sediu era inima.

Actualmente, termenul devine o abstracție, desemnînd o componentă esențială a temperamentului, care presupune o predispoziție particulară de moment, o stare bazală de fond, caracteristică afectivității individului. DELAY definește termenul ca fiind „acea dispoziție afectivă fundamentală, bogată în stări emoționale și instinctive, care dă stărilor noastre sufletești o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilînd între poli extremi — plăcerea și durerea". Substratul anatomic al stării afective bazale — funcția timică — pare a fi localizat la nivelul diencefalului și, în funcție de oscilațiile sale, se poate vorbi de hipertimie, hipotimie sau atimie. În reglajul acestei funcții pare a fi implicat și paleocortexul (sistemul limbic), un rol deosebit fiind atribuit, în ultimii ani, neurotransmițătorilor — noradrenalină, serotonină, dopamină, acid gamma-aminobutiric (GABA).

MINKOWSKI delimitează două aspecte distincte ale afectivității : afectivitate-conflict (sentimente și pasiuni) și afectivitate-contact (simțirea, trăirea), aspecte existente indiferent de dominația elementului psihomotor, comportamental, afectiv sau emoțional în viața individului. Funcția timică presupune, în condiții normale, acord și rezonanță perfectă cu ambianța, bazate pe comunicare, familiaritate, încredere fundamentată. Pe fondul timiei se grefează afectivitatea, ființa individuală aflîndu-se permanent într-o manieră afectivă oarecare, în funcție de care își orientează comportamentul. Perturbările funcției timice, denumite distimii, presupun modificări patologice ale dispoziției afective, anxietate, depresie, indiferență afectivă, apatie, angoasă. Hipotimia — caracterizată prin diminuarea tonusului afectiv — se opune hipertimiei, caracterizată prin exaltare afectivă, exagerarea tonusului afectiv (NEVEANU). Agravarea hipotimiei determină atimia, caracterizată prin reducerea aproape de zero a nivelului afectivității în raport cu cei din jur. Modificările brutale ale timiei constituie catatimia, caracterizată prin oscilații severe, bruște și de amplitudine ale afectivității, cu deplasarea nivelului acesteia către una dintre extreme — depresie, tristețe, apatie sau euforie și exuberanță. Tulburări morbide ale tonusului afectiv apar frecvent în clinica psihiatrică ; ele constituie nucleul unor psihoze de tipul psihozei maniaco-depresive, melancoliei etc., sau pot apărea secundar altor afecțiuni. Se pot constata modificări ale timiei apărute secundar unor afecțiuni psihotice (schizofrenie, deliruri cronice etc.), unor afecțiuni organice (meningite, encefalite) și, în acest caz, pot fi prodroame ale acestor afecțiuni sau pot apărea pe un fond sechelar.

24. **UMOR** (cf. fr., engl. *humour*) ● Termenul cunoaște două accepțiuni : categorie estetică aparținînd comicului ; trăsătură de caracter. ● În analiza psihologică a acestei categorii estetice, o contribuție interdisciplinară aparține întemeietorului psihanalizei, FREUD, care, în lucrarea „Cuvîntul de spirit și relațiile sale cu inconștientul“ (1905) arată că tehnicile cuvîntului de spirit coincid cu tehnicile elaborării visului : condensarea, deplasarea, reprezentarea prin contrar, utilizarea nonsensului. Deși diferite din anumite puncte de vedere, ambele presupun plăcerea, implicit sau explicit. Conform teoriei economice freudiene „...în cazul cuvîntului de spirit, plăcerea provine din economisirea unui consum inhibitoriu, plăcerea comică rezultă din economisirea consumului de reprezentare, iar plăcerea produsă de umor, din economisirea consumului afectiv“ (V. D. ZAMFIRESCU).



Conform teoriei dinamice, umorul ar putea fi considerat ca „manifestarea cea mai înaltă a proceselor defensive ale psihicului. El nu sustrage atenției conștiente conținutul de reprezentare asociat cu efectul neplăcut, așa cum procedează refularea, depășind astfel automatismul apărării...“ (S. FREUD). Umorul devine deci o apărare subordonată controlului gîndirii conștiente.

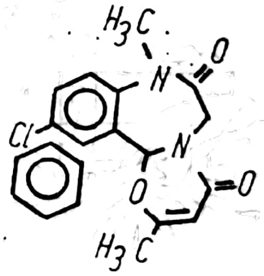
● Considerat ca o trăsătură de caracter pozitivă, ca o „înaltă performanță psihică..., umorul apare cînd există o situație care ne produce sentimente neplăcute și cînd, totodată, asupra noastră acționează factori capabili să reprime aceste afecte în statu nascendi“. (FREUD).

Dintre aspectele caracteristice umorului pot fi menționate :

- umorul presupune comportamentul unei persoane care produce efect asupra altei persoane, manifestîndu-se în lanț (contagiunea comicului) ;
- umorul este independent de condiția realității ;
- tipurile de umor rezultă din tipurile de afecte economisite, cele mai frecvente fiind rezultate din economisirea milei, a enervării (în umorul cotidian) ;
- umorul suprimă sau anulează parțial dezvoltarea afectivă negativă.

25. **UMORALĂ** — **teorie** (cf. lat. *humor*) ● → TEORIE UMORALĂ.

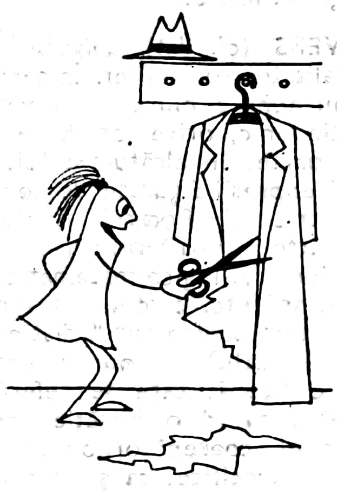
26. **UNACALM**$^{(M)}$ Belgia, Elveția, Olanda — DCI *Ketazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 11-clor-8,12b-dihidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-/1,3/-oxazino/3,2-d//1,4/benzodiazepin-4,7(6H)-dionă, cu acțiune puternic anxiolitică și miorelaxantă. Nu se administrează în timpul sarcinii, copiilor și vîrstnicilor.



27. **UNCINATĂ** — **criză** (cf. lat. *uncus* „cîrlig“) ● Manifestare electroclinică cu valoare localizatoare specifică (uncusul hipocampic) descrisă de H. JACKSON. Apare singură sau ca preludiu al unei crize epileptice convulsive (cel mai frecvent, criză adversivă), fiind caracterizată printr-o tulburare a conștienței și afectivității de tip „dreamy state“ (→ DREAMY STATE) ; subiectul nu este complet desprins de realitate, avînd critica tulburărilor perceptive (halucinații multisenzoriale) apărute. În etiologie sînt incriminate tumorile feței inferointerne a lobului temporal și le-

ziunile encefalitice, traumatice, vasculare ale acestor lobi, precum și procesele expansive de vecinătate, care exercită compresiune asupra uncusului.

28. **UNIC — copil** (cf. lat. *unicus* „unic") ● Existența unui singur copil în familie — cazul familiei triadice (cuplul parental + copil) — favorizează o anumită patologie la copil, în măsura în care partenerii cuplului parental nu au o relație echilibrată și încearcă o compensare a propriilor lor probleme prin raportarea la copil. Handicapul psihologic al copilului unic provine din faptul că părinții se preocupă exagerat de creșterea și educarea lui, de problemele sale, indiferent de gravitatea lor (nediferențiat). Copilul unic beneficiază de întreaga afecțiune a părinților, de toate recompensele pe care aceștia le pot acorda sub aspect material, afectiv, spiritual. Relația cu lumea se construiește pe modelul relației cu partenerii parentali. Comportamentul manifest al părinților va fi totdeauna marcat și de ceea ce ei transmit copilului, în mod inconștient. Trebuința de afecțiune, de protecție, de sprijin, riscă să se manifeste exagerat și să degenereze simptomatic în măsura în care părinții copilului unic tind să satisfacă imediat toate cererile acestuia. Copilul unic își va manevra foarte ușor părinții, va deveni intolerant la orice frustrare și va adopta același comportament și în relațiile cu ceilalți. În măsura în care el va reprezenta elementul esențial în păstrarea cuplului conjugal, copilul va simți acest lucru și îl va folosi în permanență. În majoritatea cazurilor, copilul unic este copilul hiperprotejat, care dezvoltă comportamente de dependență, pasivitate, cu dificultăți în stabilirea relațiilor interpersonale, dificultăți de sevraj în raportul a cere–a primi. Lipsa fraților amplifică dificultățile de relație interpersonală, prin absența rivalității, competiției, colaborării cu persoane cu același statut familial. La copilul unic, riscul imaturității afective este semnificativ crescut, în cea mai mare măsură datorită atitudinii părinților și, mai ales, ca urmare a proiectării dorințelor nesatisfăcute ale acestora în singurul descendent.



În evoluția psihopatologică a copilului unic cazurile de structurare nevrotică și dizarmonică sînt cel mai strîns legate de modalitățile raportării părinților la copil. Dacă balanța emoțională a cuplului parental este prea intensă sau prea distantă, copilul, ca o a treia persoană, poate fi folosit pentru restabilirea echilibrului emoțional în sistemul familial. Copilul devine astfel simptomul perturbărilor intrafamiliale, al discordanțelor dintre părinți ; reacțiile fobice ale unui copil se pot amplifica și prelungi în măsura în care copilul simte că boala sa este un mod de a păstra unitatea cuplului parental.

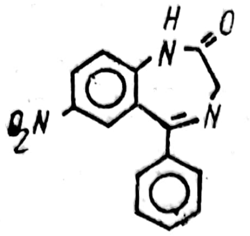
29. **UNICITATE** (cf. lat. *unicus*) ● Calitate a ceea ce este unic și irepetabil. Atributul se raportează îndeosebi la individualitatea umană, subliniind natura singulară, irepetabilă a fiecărei persoane.

30. **UNILORD**$^{(M)}$ SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-trimetoxibenzoic acid esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

31. **UNIPOLAR** (cf. lat. *unus* „unu" ; *polus* „pol") ● Termen folosit în psihiatrie pentru una din formele clinice ale psihozei afective, implicînd un singur tip de accese : numai depresive sau numai maniacale.

32. **UNISEDIL**$^{(M)}$ Portugalia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

33. **UNISOMNIA**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM$^{(M)}$.



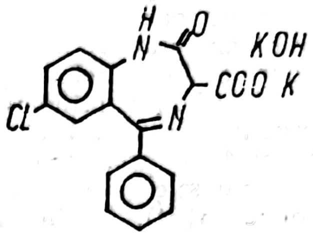
34. **UNITATE** (cf. lat. *unitas*) ● Atribut al acelor configurații sistemice de obiecte și procese care se manifestă ca integralități, din corelarea elementelor distincte rezultînd entități complexe, cu proprietăți emergente sui generis, posibile doar la nivelul întregului ca totalitate. În gîndirea dialectică, unitatea se corelează în mod necesar cu diversitatea, nefiind o consecință a repetiției monotone a unor elemente nediferențiate, ci a integrării structural-funcționale a unor părți eterogene, cu caracteristici deosebite, dar reciproc dependente în cadrul unor interacțiuni și intercondiționări esențiale, datorită cărora părțile își pierd autonomia, subordonîndu-se necesității imanente întregului.

35. **UNITATE (de) ÎNGRIJIRE** ● Numărul de bolnavi ce revine spre îngrijire unei echipe medicale formate din medic și cadre medii și auxiliare (de exemplu, un medic + trei cadre medii + 1 cadru auxiliar la 18 paturi realizează o unitate de îngrijire). În funcție de mărimea unității de îngrijire se realizează în unele țări normarea personalului medical.

36. **UNITATE MOTORIE** ● Complex morfofuncțional, format din neuronul motor spinal, prelungirile acestuia și fibrele musculare pe care el le inervează (SHERRINGTON). Mărimea unității motorii este variabilă, în funcție de numărul de fibre musculare striate inervate de ramificațiile axonice ale unui neuron motor. Inervația motorie asigură și troficitatea fibrelor musculare din structura unității motorii. Funcțional, unitatea motorie răspunde legii „tot sau nimic", numărul de unități motorii care intră în acțiune determinînd paralelismul dintre intensitatea stimulării și aceea a contracției. Viteza de contracție a mușchiului și vulnerabilitatea lui la oboseală sînt dependente, de asemenea, de mărimea unității motorii. Afectarea unității motorii apare în cadrul sindromului de neuron motor periferic, manifestările clinice fiind variabile în funcție de componenta neuronală afectată primar.

Activitatea bioelectrică a fibrei musculare striate devine evidentă numai în situația perturbării lanțului fus neuromuscular-buclă-pericarion-placă terminală, realizînd fie „potențiale spontane de denervare și reacția miastenică", în cazul interesării eferențelor, fie „salva miotatică", în caz de interesare a aferențelor.

37. **UNITRANXENE**$^{(\mathrm{M})}$ Belgia — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2, 3-dihidro-2, 2-dihidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3 acid carboxilic, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță, precum și efectele modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.



38. **UNIVERS** (cf. lat. *universus* „întreg, tot") ● Totalitatea existenței. În sens propriu, termenul nu admite pluralul, universul fiind prin definiție unic, orice formă de existență intrînd, ca parte, în alcătuirea lui. Se utilizează totuși expresii figurate de genul : „universul lăuntric al fiecărei subiectivități", „universul artei și literaturii", „universul entităților ideale, logico-matematice", „universul valorilor" etc. care nu sugerează însă pluralitatea unor „universuri" distincte (paralele sau ierarhizate), ci numai cosmicitatea domeniilor ontice la care se referă, fiecare dintre acestea avînd o bogăție inepuizabilă de determinații, coerent ordonate, după criterii esențiale specifice, ca și cum ar alcătui o adevărată lume.

În sens psihologic — totalitatea relațiilor intersubiective cu semnificație individuală, din mediul imediat al subiectului (univers familial, universul copilăriei, constelația familială).

39. **UNIVERSAL** (cf. lat. *universalis*) ● Atribut caracteristic pentru orice formă de existență. Depășind generalitatea (restrînsă la ceea ce este specific pentru toți membrii unei clase de obiecte, procese, relații etc.), universalitatea se reflectă, pe plan spiritual, în categoriile și principiile filozofice, precum și în anumite relații formale, valabile în gîndirea corectă a oricărui subiect, studiate de logică sau matematică.

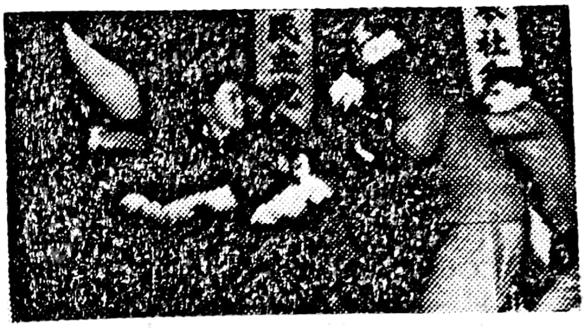
În istoria filozofiei, proprietățile desemnate de abstracțiunile universale au fost considerate fie drept esențe ideale, de sine stătătoare, care fundamentează ontic lucrurile ca „adevăr“ şi „autenticitate“ a fiinţei lor (poziţie platoniciană, prelungită în realismul medieval), fie drept simple ficţiuni instituite convenţional în limbaj, fără nici un corespondent real (nominalismul medieval, şcolile pozitiviste), fie, în sfîrşit, drept proprietăţi „de ordin secund“, date şi cunoscute nu de sine stătător, ci numai în realitatea lucrurilor particulare (ARISTOTEL, conceptualismul). În gîndirea contemporană, universalul este problematizat fie ca temă exclusiv metafizică, abordabilă cu mijloacele sui generis ale speculaţiei a priori (fenomenologia, existenţialismul), fie ca temă exclusiv epistemologică, privind statutul abstracţiunilor în limbajul ştiinţei (pozitivismul logic), fie universalul este înţeles ca ansamblu de determinaţii ontice, care fiinţează împletite cu generalul, particularul şi individualul, reflectate în gîndire prin construcţii abstracte (categorii, legi, postulate, teorii) ce aspiră să ofere modele ideale, nelimitat perfectibile, ale realului.

40. **UNVERRICHT-LUNDBORG$^{(B)}$ boală** — sin EPILEPSIE MIOCLONICĂ PROGRESIVĂ sin. → LAFORA$^{(B)}$ boală.

41. **URANISM** (de la numele zeiţei Afrodita Ourania din mitologia greacă, patroană a dragostei masculine) ● Homosexualitate masculină pasivă, implicînd o importantă anomalie psihică: „un suflet de femeie într-un trup de bărbat“ (MICHAUX). Reflectă mai degrabă o personalitate structurată nevrotic decît o personalitate perversă propriu-zisă. Trecerea la act nu este absolut obligatorie. Foarte rar, uraniştii prezintă o ambivalenţă sexuală. Ei sînt partea pasivă, „feminină“, a cuplurilor de pederaşti.

42. **URANOFOBIE$^{(F)}$** (cf. gr. *ouranos* „boltă cerească“ ; *phobos* „frică“) ● Fobie destul de rar întîlnită astăzi, caracterizată prin teama patologică de „ceruri“. Este întîlnită la personalităţi mistice, psihastenice, hiperimpresionabile, sugestibile, fiind legată şi de condiţia subculturală a subiecţilor.

43. **URĂ** ● Sentimentul corespunzător dorinţei de a face rău cuiva, de a distruge un anume obiect. Este expresia amplificată şi stabilă a antipatiei, animozităţii, ostilităţii, resentimentului. Ca formaţiune afectivă complexă şi stabilă, ura este opusă iubirii şi funcţionează în diferite atitudini subiective persistente, faţă de un obiect anume sau un substitut al acestuia. Ura se dezvoltă în relaţia cu obiectul, nefiind provocată numai de obiect ca atare, ci mai ales de motivaţiile subiectului (modul în care obiectul satisface sau nu trebuinţele subiectului, acceptă satisfacţiile sau le respinge, măsura în care ele corespund cererii subiectului).



În perspectivă psihanalitică, ura are cîteva accepţiuni : forţă destructivă, care conduce la moarte ; sentiment inconştient, coexistînd cu un sentiment conştient de iubire ; atitudine a Supraeului, legată de sentimentul de culpabilitate.

În psihopatologie, ura apare în ambivalenţa schizofrenului, în inversiunea afectivă a schizofrenului, în revendicarea dizarmonicului şi a delirantului paranoic.

44. **URBADAN$^{(M)}$**
Argentina, Mexic ;
URBANIL$^{(M)}$
Brazilia, Portugalia

— DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4-(3H,5H)-dionă, cu acţiune anxiolitică şi sedativă uşor inferioară seriei. Este indicat şi în afecţiuni psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cenestopate. Este recomandabil pentru tratamentul ambulator, neinfluenţînd reflexele conducătorilor auto.

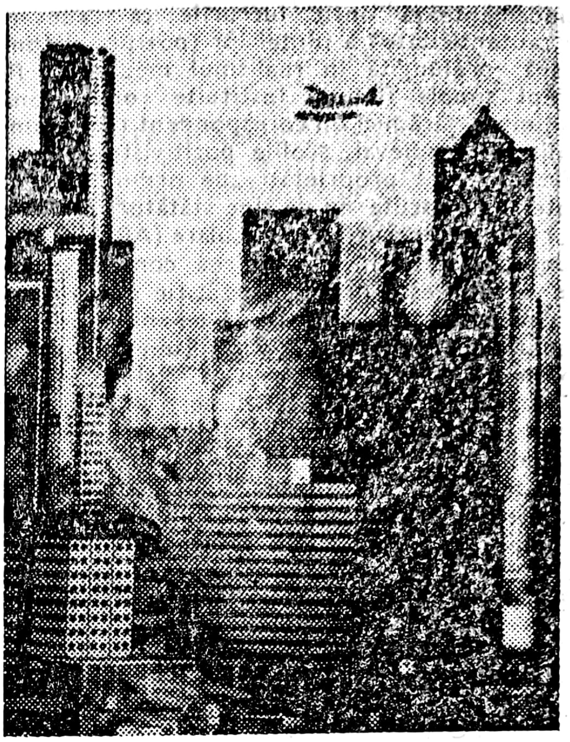
45. **URBANIZARE** (cf. lat. *urbanus* : vezi *urbs* „oraş“) — sin. CITADINIZARE ● Factor ecologic, cu multiple implicaţii în toate domeniile vieţii sociale, asupra tuturor structurilor sistemului social, global corelat cu procesele de industrializare, automatizare, cu revoluţia tehnico-ştiinţifică, cu „explozia“ informaţională, competitivitatea, creşterea exigenţelor, accelerarea ritmului existenţei umane, poluarea fizică, chimică, psihică etc.

Revoluţia industrială şi urbanismul au schimbat din temelii viaţa a milioane de oameni şi, odată cu generalizarea confortului şi a reducerii solicitărilor efortului fizic, au produs importante schimbări şi restructurări în viaţa comunităţilor mici, a familiilor tradiţionale. Alături de aspectul stimulativ pe care îl reprezintă urbanizarea pentru psihicul uman, ea poate avea în acelaşi timp un potenţial patogen cu rol determinant sau favorizant în apariția și dezvoltarea unor afecțiuni psihice (H. M. SKEELS).

Studii epidemiologice efectuate în ultimele decenii asupra diferitelor colectivități umane au evidențiat o creștere semnificativă a patologiei psihice în orașe, proporțională cu amploarea și dimensiunile aglomerării urbane (W. P. LOGAN, A. GUSHION). Studiul efectuat de COOPER pe 382 829 subiecți, din care 59% în urban, 21% în semirural și 20% în rural, confirmă supoziția a numeroși autori, după care urbanizarea influențează în special morbiditatea dominant reactivă (51,9% în urban, 38,2% în semirural și 26,7% în rural), în timp ce psihozele dominant endogene (sau determinate de factori genetici) par să rămînă neinfluențate (2,2% în urban, 2,1% în semirural și 2,3% în rural).

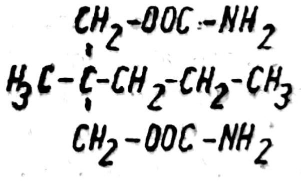
Un studiu OMS asupra schizofreniei, efectuat în 1973, arată că procentul bolnavilor la care boala se cronicizează este mai mare în țările dezvoltate, comparativ cu cele în curs de dezvoltare, unde se constată o rată superioară de recuperare, fără handicap social. Această situație este explicată prin dificultățile pe care le întîmpină bolnavul în procesul de reinserție socială în societățile dezvoltate, caracterizate printr-o complexitate mai mare a vieții sociale, mai ales în mediul urban, legată de toleranța scăzută a familiei, stigmatizarea prin boală, greutățile întîmpinate în reprofesionalizare și valorizare socială. În astfel de cazuri se produce frecvent „sindromul de involuție socială", caracterizat prin degradarea deprinderilor sociale, a aspirațiilor, a aptitudinii de a comunica, blocînd inserția socială în raport cu exigențele vieții moderne. H. FREEMAN arată că tulburările de comportament și cele emoționale sînt de două ori mai frecvente în urban față de rural. Alte studii confirmă rata crescută a sinuciderilor în zonele cu mari aglomerări umane și mortalitate exagerată a populației (E. BROKE).

Particularitățile vieții în aglomerări umane mari pot genera tulburări în structurarea spontană a grupurilor sociale și în interacțiunea lor, cu consecințe multiple asupra stabilității și modelării familiei, asupra stilului de creștere a copiilor ; aceste condiții favorizează izolare, depresie și generează trăiri de frustrație afectivă (H. WILSON, H. FLAVIGGY), ceea ce reduce factorii de protecție socială împotriva stresului existențial. Categoriile cele mai vulnerabile sînt copiii, adolescenții și bătrînii. Copiii și adolescenții suferă carențe afective importante. Trăirile de frustrație afectivă, nevoile de contacte sociale și de valorizare îi fac adesea disponibili influențelor străine. Handicapul psihosocial apărut la anumite categorii de copii este mai accentuat în mediul urban față de cel rural ; de asemenea, tulburările psihice, delincvența și dificultățile școlare au o frecvență crescută în marile orașe. În legătură cu acest aspect, H. FLAVIGNY diferențiază trei grupe de adolescenți, în raport cu permeabilitatea lor la influențele nocive, sociopatice și particularitățile legăturilor sociale : subiecți asociali (antisociali) 5—10% din totalul adolescenților ; subiecți izolați (15 — 20 din adolescenții din orașe) ; subiecți neorganizați (70—80%).



Nu putem încheia tratarea, sumară, a acestei probleme fără a menționa că urbanizarea nu duce obligatoriu la aspectele menționate; ea prezintă numeroase avantaje, motiv pentru care, dealtfel, am asistat în ultimele secole la un proces continuu de creștere a gradului de urbanizare în toate țările lumii.

46. **URBANYL$^{(M)}$** Germania — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioldicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvul-



$$\begin{array}{l} \qquad CH_2\text{-}OOC\text{-}NH_2 \\ \qquad \vert \\ H_3C\text{-}C\text{-}CH_2\text{-}CH_2\text{-}CH_3 \\ \qquad \vert \\ \qquad CH_2\text{-}OOC\text{-}NH_2 \end{array}$$

sivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(\mathrm{M})}$.

47. URECHIA Constantin (*1883—1955*) ● Neuropsihiatru român, figură reprezentativă în galeria personalităţilor vremii sale, prin bogata activitate didactică, pedagogică, de militant activ în domeniul social, de om de cultură şi artă. URECHIA se formează ca medic la Facultatea de Medicină din Bucureşti, unde se evidenţiază prin calităţi intelectuale deosebite şi o reală înclinare spre neuropsihiatrie, devenind discipol şi continuator al Prof. Dr. Alexandru OBREGIA. Această pasiune a lui URECHIA este confirmată atît de titlul lucrării sale de diplomă, „Contribuţiuni la studiul hemianopsiei bitemporale" (1904), cît şi de tema memoriului de docenţă din 1911, „Leziunile neurofibrelor în psihoza pelagroasă", ambele lucrări demonstrînd, pe lîngă dotarea intelectuală, o vastă documentaţie şi o cultură ştiinţifică solidă, bine sistematizată. Originalitatea concluziilor îl dezvăluie, încă din această perioadă, pe viitorul cercetător şi savant, orientarea spre cariera universitară fiind rezultatul influenţei unor personalităţi marcante ale epocii : prof. dr. Gh. MARINESCU (sub conducerea căruia Constantin URECHIA lucrează între 1909—1914 la Spitalul Mărcuţa, ca şef de laborator), prof. V. BABEŞ şi F. REINER, prof. dr. Al. OBREGIA, prof. dr. C. PARHON, în ţară, prof. ALZHEIMER şi BONHOEFFER, în străinătate. Iniţial asistent la Clinica Psihiatrică din Bucureşti (1910—1913), Constantin URECHIA devine, în 1919, profesor titular la Catedra de psihiatrie a Facultăţii de Medicină din Cluj. Din 1919 pînă în 1946, cînd este transferat la Catedra de psihiatrie a Facultăţii de Medicină din Bucureşti, Constantin URECHIA, preluînd concepţia prof. dr. AL. OBREGIA, transformă activitatea ştiinţifică şi didactică într-un armonios tot unitar, căruia îi conferă o notă originală şi complexă prin dezvoltarea bazei materiale, modernizarea cadrului şi a mijloacelor de studiu, îmbunătăţirea şi modernizarea continuă a surselor de informaţie, prin îmbinarea permanentă a cunoştinţelor teoretice cu practica medicală nemijlocită.

Un alt element caracteristic pentru activitatea lui C. URECHIA este tendinţa spre interdisciplinaritate, care explică experienţa sa vastă în domeniul histologiei şi al laboratorului clinic. În acest context, capitolele privind aspectele etiopatogenice, fizio- şi psihopatologice şi mai ales cele de anatomie patologică din cursurile sale poartă amprenta unui fin observator.

Sintetizînd concepte şi curente psihiatrice ale vremii, URECHIA le trece prin filtrul experienţei personale, adaptîndu-le nevoilor didactice şi vederilor sale ştiinţifice, bazate în mod aproape exclusiv pe cercetarea şi experimentele realizate personal. Noutăţile nu lipsesc din cursurile profesorului, care participă la numeroase congrese şi reuniuni de psihiatrie şi neurologie şi activează ca membru corespondent al diferitelor societăţi străine, publicînd în reviste de specialitate din ţară şi de peste hotare. Încercarea de a realiza un tratat complex şi unitar de psihiatrie este concretizată prin apariţia „Tratatului de patologie neuromintală", editat la Cluj, în perioada anilor 1924—1931. Tipărit iniţial sub forma a şase fascicule, apărute la un interval de 1—2 ani, tratatul este revăzut şi retipărit în volum în 1936, la Cluj, sub titlul „Patologie neuromintală".

O activitate prodigioasă — atît sub aspect didactic, cît şi ştiinţific — este desfăşurată de URECHIA şi după transferarea la Catedra de psihiatrie a Facultăţii de Medicină din Bucureşti, unde activează din 1946, imprimînd aceeaşi linie sobră de muncă asiduă.

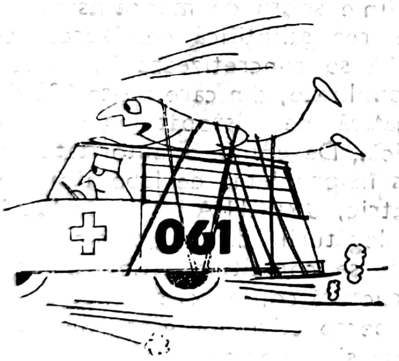
Cercetarea ştiinţifică desfăşurată de C. I. URECHIA se concretizează în peste 500 de lucrări publicate, din care peste 100 de lucrări cu tematică de histopatologie şi anatomie patologică. Devenind o autoritate a vremii mai ales în probleme de laborator neurologic şi psihiatric, URECHIA insistă în lucrările sale asupra legăturii dintre psihic şi somatic. Psihiatria se constituie astfel ca un domeniu cu o structură complexă şi unitară, căruia i se deschid perspective noi, graţie metodelor experimentale şi biologice.

Citat în marile tratate de psihiatrie şi neurologie ale vremii, C. I. URECHIA este un sol al ştiinţei medicale româneşti, pe care a reprezentat-o cu cinste şi cu înalt prestigiu la congrese medicale internaţionale. Ca încununare a meritelor sale, a activităţii pe tărîm medical, didactic, ştiinţific şi social-obştesc, este ales, în 1936, membru titular al Academiei de Medicină din România, titlu pe care îl va onora de-a lungul întregii sale vieţi.

Implicarea medicinei în problematica socială este un alt domeniu de afirmare pentru prof. URECHIA, prin funcţiile pe care le exercită, precum şi prin sarcinile şi responsabilităţile pe care şi le asumă odată cu acestea.

Realizările sale deosebite în domenii atît de vaste — medico-social, didactic, științific — îi conferă prof. dr. C. I. URECHIA un loc de frunte, alături de marii săi înaintași. Aparținînd generației de pionieri ai medicinei naționale, URECHIA a contribuit, prin calitățile sale morale, prin talent și o muncă asiduă, prin autoritatea cîștigată pe tărîmul științei, la realizarea unor noi valori, plasînd medicina românească alături de științele medicale din țări cu vechi tradiții și deschizînd astfel noi perspective psihiatriei românești.

48. **URGENȚĂ (ÎN) PSIHIATRIE** ● Jack EWALT (citat de H. EY) o definește drept „starea în care se găsește un individ la un moment dat, aflat într-o situație în care capacitățile sale proprii de adaptare sînt depășite". Urgența în psihiatrie înseamnă o profundă tulburare de gîndire, percepție, afectivitate, comportament, care necesită o intervenție terapeutică imediată, acceptată sau nu de către pacient. Tratamentul de urgență trebuie făcut în ambele instanțe, psihiatria fiind una din ramurile medicinii în care medicul își asumă responsabilitatea totală (medicală, juridică, umană) de a interveni, chiar fără acordul pacientului și, uneori, chiar fără acordul familiei, care din diferite motive poate să lipsească de lîngă bolnavul adus de urgență la psihiatrie.



De cele mai multe ori însă, pacientul este cel care solicită tratamentul psihiatric, fie prezentîndu-se la serviciile de urgență, fie apelînd la acestea telefonic ; în multe țări funcționează non-stop servicii telefonice care recepționează mesajele „disperate" ale celor ce tocmai au ingerat o anumită substanță în scop suicidar sau care sînt pe punctul de a comite un act suicidar și găsesc o „ultimă resursă" de a ridica receptorul pentru a cere ajutor. Acest apel telefonic de ajutor este o achiziție eficientă a ultimelor decenii, datorită lui mulți pacienți putînd fi ajutați în timp util : prin sfaturi telefonice (provocarea imediată a vomei, ingerarea unei substanțe alcaline în cazul utilizării în scop suicidar a unei substanțe acide etc.) sau prin menținerea unei „conversații de susținere" (încurajare) pînă cînd ambulanța serviciilor de urgență ajunge la locul unde se află bolnavul, pentru a interveni efectiv.

Sistematizarea urgențelor psihiatrice este făcută diferit de diverși autori ; nu se poate impune însă o listă ierarhizată a urgențelor, toate sindroamele enumerate fiind, în egală măsură, grave pentru pacient sau atît pentru pacient, cît și pentru anturaj.

● *Suicidul* — H. EY subliniază faptul că urgența nu se referă atît la numeroasele tentative suicidare (tratate de psihiatrie ca „urgență secundară"), cît la *sinucigaș*, la individul care, salvat de pericolul imediat, fizic al actului suicidar (fie prin tentative de defenestrare, fie prin ingestie medicamentoasă etc.), păstrează profund întipărită dorința morții, concepînd moartea drept unica soluție. O astfel de simptomatologie se impune ca urgență, pentru că, după „ce a greșit" în tentativa sa, sinucigașul „știe" ce are de făcut pentru a reuși. Autorii americani consideră că suicidul este probabil cea mai frecventă urgență psihiatrică.

J. L. AUBER (1971) accentuează faptul că, într-o depresie, nu trebuie evaluată atît autenticitatea dorinței de a muri, cît mai ales „intensitatea" acestei dorințe. După el, acest raport este cel care trebuie luat în considerare, pentru a preveni trecerea la act.

În SUA sînt raportate anual între 20 000—35 000 de acte suicidare. Letalitatea prin sinucidere are o rată de 12,5/100 000 locuitori, cifră impresionantă. H. EY consideră cauzele suicidului ca fiind : depresia (melancoliformă, raptusul suicidar din depresia reactivă), delirul (la schizofreni, actul suicidar capătă un caracter simbolic sau alteori poate apărea ca bizar, nemotivat, absurd, efectuat prin mijloace deosebite de automutilare ; în delirurile cronice sistematizate, este mai rar), dizarmonia (în care suicidul propriu-zis este rar, indivizii fiind un fel de „abonați" la tentative suicidare spectaculoase, dramatice, cu rol de șantaj, dar care uneori pot „reuși" din greșeală), epilepsia (raptusuri suicidare, „reacții brutale, paroxistice, automate și mai mult sau mai puțin conștiente sau uneori cu amnezia celor întîmplate" — H. EY), alcoolismul (10% dintre sinucigașii cu tulburări psihice, conform studiilor lui DESHAIES), toxicomaniile (în care actul suicidar se poate produce în cursul unei intoxicații sau ca urmare a depresiei determinate de „starea de necesitate"), stările predemențiale (în demența pură, el este rar), adolescență (crize pubertare), debilitate mintală (foarte rar).

Dată fiind creșterea ratei suicidului, după anii '60, a luat ființă suicidologia, ramură științifică ce coroborează datele psihiatrice cu cele psihologice, toxicologice, sociologice, în studierea suicidului. În Anglia, Belgia, Franța, Ceho-Slovacia, SUA ș.a. funcționează societăți cu caracter filantropic, care se ocupă de prevenirea suicidului și tratarea sinucigașului.

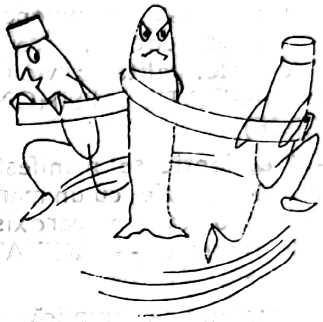
Suicidologia atrage atenția asupra evaluării și depistării fazei presuicidare, a decelării factorilor de risc, RINGEL propunînd chiar o „schemă" a sindromului suicidar : „ideea de moarte și fantasma suicidului ; eliberarea agresivității, cu imposibilitatea descărcării acestei agresivități asupra altcuiva (a altceva) decît propria persoană ; izolare, cu restrîngerea sferei de gîndire". Această descriere are menirea de a atrage atenția asupra „meditației" despre moarte a pacientului, „meditație" ce precedă uneori actul suicidar. În prezent, există multiple scale de evaluare a riscului suicidar.

În 1970, WALD (citat de H. EY) afirmă că, în această fază presuicidară, în 52% din cazuri pacienții înșiși au apelat la serviciile telefonice și in 45% din cazuri alarma a fost dată de anturaj sau familie. Factorii de risc suicidar imediat pot fi în mare măsură influențați de mediu, de anturaj, nu numai prin „lansarea alarmei, dar și prin disponibilitatea de a asculta confesiunea celui în cauză și prin disponibilitatea afectivă de a-l susține, pînă la intervenția terapeutică propriu-zisă".

Tratamentul de urgență impune, în primul rînd, sedarea bolnavului, calmarea lui, scăderea potențialului fizic de a trece la act, și medicație (sau terapie de șoc) antidepresivă, al cărei efect apare însă tardiv.

Riscul suicidar trebuie luat în considerare în orice stare depresivă : depresia anxioasă, cu sentiment de culpabilitate, depresia inhibată, stuporoasă (din melancolie, dar și din stările confuzionale, din schizofrenie, uneori chiar din nevroze), depresia reactivă. Orice stare depresivă trebuie considerată, practic, ca avînd potențial suicidar : există posibilitatea (și este un aspect destul de frecvent) ca pacientul să-și disimuleze perfect (în fața unui neavizat sau mai puțin avizat) dorința de moarte, afirmînd că este într-o stare de ameliorare sau chiar de vindecare ; istericul poate căuta printr-o „moarte spectaculoasă, recuperarea stimei celorlalți" (EY) ; raptusul anxios soldat cu suicid poate apărea în depresia reactivă, în atacurile de panică. De o maximă gravitate, cu implicații medico-legale, este actul suicidar ce urmează unui (unor) omor (omoruri) altruist(e), în cazurile de depresie delirantă (→ SUICID).

● *Crizele de agitație psihomotorie* : constituie o urgență psihiatrică prin comportamentul auto- sau heterodistructiv, prin posibilitatea existenței trăirilor halucinator-delirante (care pot „comanda" acest comportament). Agitația psihomotorie nu reprezintă întotdeauna un pericol pentru anturaj (acest pericol este în orice caz, mult mai mic decît estimează persoanele neavizate, din perspectiva prejudecăților pe care le resimt față de astfel de bolnavi). Întotdeauna, starea de agitație psihomotorie trebuie corect evaluată din punct de vedere sindromologic și etiopatogenic, pentru că, pentru fiecare entitate, este necesar un anume tratament (tentativele de schematizare a conduitei terapeutice în crizele de agitație psihomotorie sînt nu numai absurde, dar și periculoase). EY sistematizează cauzele crizei de agitație astfel :



— Criza din mania acută : comportament dezinhibat, ludic, contact superficial, excitație motorie (cîntă, rîde și dansează), logoree, fugă de idei, cu posibilitatea virării rapide spre furie, mînie, cu „descărcări" explozive.

— Episodul confuzo-oniric alcoolic : hiperemia feței, hipersudorație, hipertermie, dezorientare temporo-spațială, stare onirică (trăire de vis, la care pacientul participă, agitație, uneori „fugă" determinată de trăirile halucinator-delirante cu caracter terifiant, insomnie și apariția semnelor de deshidratare. Forma extremă este atinsă în delirium tremens (destul de rar astăzi, datorită depistării lui în faza de predelirium, precum și intervenției rapide și eficiente pentru prevenirea tulburărilor de sevraj).

Stări de deosebită agresivitate pot apărea în timpul stărilor confuzionale din beția acută (→ ALCOOLISM ; BEȚIE PATOLOGICĂ)

— Stări confuzo-onirice cu alte cauze decît alcoolismul : boli infecțioase (mai frecvent la copii), sindroame meningiene, intoxicații cu stupefiante, psihotrope (→ TOXICOFILIE ; TOXICOMANIE).

— Psihoza delirantă în care, pe fondul stării de agitație, se pot manifesta tendințe de cverulență, agresivitate, în care bolnavul revendică anumite „drepturi" sau vrea răzbunarea unor „prejudicii", în care trăirea delirantă, însoțită sau nu de tulburări de percepție, este evidentă. Agresivitatea își poate avea substratul în neîncrederea pe care bolnavul o are în acel moment față de toți cei din jur (sau față de anumite persoane). Rareori el este euforic (→ PSIHOZE DELIRANTE CRONICE ; AGITAȚIE).

— Agitația la un bolnav cu psihoză discordantă are aspect diferit de la un caz la altul, dar întotdeauna marcat de impenetrabilitatea pacientului, de stereotipii, de sindromul discordant, de potențialitatea violențelor impulsive (→ AGITAȚIE PSIHOMOTORIE ; SCHIZOFRENIE).

— Furor-ul epileptic se manifestă printr-o „furie oarbă", cu confuzie, cu un mare potențial distructiv, apărînd ca un paroxism brutal. Este urmat de amnezie (→ AGITAȚIE ; EPILEPSIE ; FUROR).

Conduita terapeutică implică măsuri de urgentă sedare a bolnavului, adoptarea de către medic a unei conduite ferme și autoritare.

Tratamentul psihotrop este în funcție de contextul patologic în care a apărut criza de agitație, pe prim plan situîndu-se sedarea, cel mai frecvent cu neuroleptice sedative, tranchilizante, administrate parenteral cel puțin pînă la ieșirea completă din starea de agitație. Alături de această medicație simptomatică, se administrează medicația ce vizează procesul patogenic în sine (neuroleptic incisiv, antiepileptic, măsuri de evitare a complicațiilor stării de sevraj etc.). Doza administrată — deși neurolepticele sedative, tranchilizantele de tip benzodiazepinic au marje de siguranță mari — trebuie să fie raportată nu numai la intensitatea manifestărilor, ci, mai ales, la starea generală a pacientului (vîrsta, afecțiuni somatice etc.), fiind în unele cazuri de preferat doze mai mici, repetate (în funcție de evoluție) și menținerea mai îndelungată sub supraveghere, decît „intervenția incisivă", cu doze mari de sedative și incisive care-și cumulează și efectele secundare, afectînd starea generală, somatică a pacientului (mai ales atunci cînd este un „debut" și reactivitatea individuală a pacientului nu este cunoscută). Atunci cînd totuși atitudinea de incisivitate este necesară, este indicat ca ea să se adopte alături de măsuri de protecție (→ TERAPIE INTENSIVĂ ÎN PSIHIATRIE).

Autorii americani (KAPLAN) recomandă în stările de mare agitație administrarea a patru electroșocuri : al doilea la cinci minute după primul, apoi la o oră după al doilea, apoi la 24 de ore, dacă mai este necesar. Măsurile de contenție — dacă sînt adoptate — trebuie aplicate astfel încît să excludă pericolul ischemiei, hipertermiei sau chiar al exitusului în cazul excitației catatonice. Menținerea lor pe o durată lungă nu face altceva decît să mărească „teroarea" sub care pacientul „trăiește" deja.

● *Crizele de angoasă* sînt constituie dintr-un ansamblu de reacții afective violente, asociate unor manifestări somatice (paloare, tremor, tahicardie, greață, vărsături, hipotensiune, chiar sincopă), care se desfășoară uneori pe fundalul unei stări crepusculare. Raptusul suicidar este posibil. Raptusul homicidar este foarte rar (→ ANGOASĂ ; ANXIETATE ; CRIZĂ DE ANGOASĂ).

Se recomandă ca tratamentul să-i asigure bolnavului securizarea și apoi să se treacă la administrarea anxioliticelor, de preferință, benzodiazepine i.v. sau i.m., meprobamat, neuroleptice sedative, amobarbital sodic.

● *Nevroza traumatică* este descrisă de autorii americani (KAPLAN) ca o stare de intensă anxietate, apărută imediat după un accident, catastrofă, luptă, în care subiectul putea să-și piardă viața. Această anxietate survine mai rar în timpul primejdiei și mai frecvent după ce pericolul a trecut, celelalte simptome nevrotice apărînd după ce subiectul se află în condiții de deplină securitate.

● *Catatonia* reprezintă o urgență, fie că este în faza de stupor, fie că este în faza de excitație. În anumite situații, este preferabilă terapia electroconvulsivantă, fiind eficientă mai ales în faza de excitație, metoda constînd în patru electroșocuri în primele 24 ore.

● *Simptomatologie psihiatrică cu determinism iatrogen* :

— *Porfiria acută intermitentă* : administrarea barbituricelor, tranchilizantelor, contraceptivelor orale și/sau alcoolul precipită apariția crizei caracteristice. Prima măsură de adoptat este întreruperea medicației.

— *Diskinezia acută post-neuroleptice incisive* : criză de distonie hiperkinetică indusă de neuroleptice, manifestată prin hipertonie musculară regională (hiperextensia gîtului și a trunchiului, spasme palpebrale, torticolis, crize oculogire, torsiuni spasmodice, mioclonii), necesită administrarea parenterală a unui antiparkinsonian, scăderea dozei de neuroleptic (→ NEUROLEPTICE).

— *Hipertensiunea paroxistică* : poate apărea la pacienții depresivi tratați cu IMAO, dacă s-a asociat ingestia unei substanțe ce conține tiramină; este caracterizată prin cefalee atroce, extrasistole, fotofobie, greață, vărsături, dureri precordiale, pupile dilatate. Există pericolul producerii unui accident vascular cerebral. Pe lingă întreruperea IMAO, terapia de urgență constă și în administrarea Fentolaminei (Regitinei).

— *Starea de agitație post-electroșoc*: apare atunci cînd pacientul este trezit brusc după efectuarea electroșocului; se manifestă prin dorința intensă de a fugi, de a scăpa, subiectul devenind deosebit de violent cu toți cei care îi stau în cale. Această stare se poate evita lăsînd pacientul să se trezească spontan sau, la pacienții care anterior au avut astfel de reacții post-electroșoc, prin administrarea unei anume doze de barbituric, pentru a se prelungi perioada de somn.

— *Șocul caloric*: poate apărea la contactul mai îndelungat cu apă fierbinte sau la expunerea la soare, la pacienții aflați în tratament cu neuroleptice incisive. În astfel de condiții pot apărea: mutism, stupoare, delir.

— *Agranulocitoza*: poate apărea ca efect secundar al medicației neuroleptice, instalîndu-se febră, letargie, stomatită, limfadenită și alte semne de infecție.

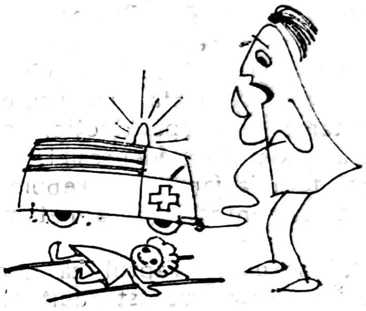
În ceea ce privește diagnosticul diferențial al urgențelor psihiatrice cu altfel de urgențe, aparținînd altor specialități medicale, dar însoțite de o simptomatologie psihiatrică, H. EY considera că trebuie făcut cu:

- afecțiuni cerebrale: procese înlocuitoare de spațiu, sindromul meningian, encefalite toxice sau infecțioase, toate avînd o simptomatologie neurologică specifică;
- afecțiuni endocrine: criza hipoglicemică cu tulburări de conștiență și convulsii, encefalopatia pancreatică (prin hipoglicemie) sau addisoniană (stare depresivă);
- porfiria acută, care poate fi însoțită de depresie, halucinații, stare confuzională, coexistînd cu simptomatologia neurologică și digestivă;
- afecțiuni cardio-vasculare și/sau pulmonare, unde angoasa poate apărea ca semn extrem de zgomotos al unei decompensări cardiace sau respiratorii și, mai ales, ea poate fi semnul producerii unui infarct miocardic. Dacă în unele cazuri simptomatologia clinică, respiratorie sau cardiacă este relevantă, alteori pot apărea numai o „anxietate pură" sau modificări ale stării de conștiență, alternînd cu perioadele de angoasă.

Dată fiind această asociere frecventă a simptomatologiei psihice la multe boli somatice, se pot crea mari dificultăți de diagnostic în cazul unei crize de porfirie, a unui infarct la un mare anxios, în cazul unui mal comițial la un adenom pancreatic și altele. În aceste cazuri, ca primă măsură se impune tratarea a ceea ce reprezintă pericol vital și numai în plan secund instaurarea tratamentului psihotrop.

● *URGENȚE ÎN PEDOPSIHIATRIE*

Ca și în psihopatologia adulților, la copii, simptomatologia ce impune instituirea unei terapii de urgență este urmarea unui istoric mai mult sau mai puțin îndelungat al unor evenimente psihopatizante, al unor dezorganizări familiale, al unor psihotraume acumulate.



● *Intoxicațiile accidentale*: Numai în 25% din cazurile de intoxicație cu medicamente este vorba de un act suicidar propriu-zis. Intoxicația cu diferite medicamente sau cu alte substanțe reprezintă, la copii, de cele mai multe ori, un accident.

S-a observat însă că tratamentul enurezisului cu triciclice și al sindromului de sevraj heroinic cu metadonă a determinat, în ultimii ani, creșterea importantă a cazurilor de supradozaj cu aceste medicamente, mai ales la pacienții mai mici de cinci ani.

Terapia include măsurile stipulate în TERAPIE INTENSIVĂ ÎN PSIHIATRIE (→).

● *Hiperkineziile*: Hiperactivitatea la copii are aceeași valoare semiologică pe care depresia sau anxietatea o au la adult, dacă această hiperactivitate persistă după vîrsta de șapte ani. Aceasta constă în neliniște motorie, distractibilitatea atenției, impulsivitate, excitabilitate crescută, putînd fi urmată de o stare de fatigabilitate.

Un astfel de copil ajunge „urgență psihiatrică" atunci cînd părinții nu-i mai pot suporta acest comportament.

● *Fobia de școală*: Reprezintă o urgență în pedopsihiatrie pentru că refuzul categoric de a merge la școală (cu crize de panică sau agitație, dacă subiectul este forțat) determină apariția unui cerc vicios : cu cît va fi mai îndelungat timpul cît copilul nu va merge la școală, cu atît mai grea va fi adaptarea sa.

● *Adopțiunea* : Incidența tulburărilor psihice la copiii adoptați este mai mare decît în cazul copiilor care trăiesc cu proprii lor părinți. La pubertate, în cadrul „crizei de identitate“, poate apărea o rejectare a părinților adoptivi, fuga intempestivă de acasă (uneori motivată prin dorința găsirii părinților naturali). Pot apărea reacții psihotice.

● *Sindromul copilului bătut* : Educarea sau stoparea unor tendințe ale copilului prin bătaie este apanajul unor părinți alcoolici, dizarmonici sau care la rîndul lor au fost bătuți în copilărie. Astfel de copii devin retrași, izolați, agresivi. Măsurile de adoptat sînt de psihoterapie familială.

● *Anorexia nervoasă* : Devine urgență, în cazul în care apare frecvent, la copiii care stau departe de părinți (→ ANOREXIA NERVOASĂ

● *Incendierea* : Asociată uneori cu enurezisul și comportamentul hiperkinetic, poate fi o expresie a anxietății și depresiei.

Pe lîngă terapia familială, trebuie instituită și una medicamentoasă, cu amfetamine, antidepresive.

● *Asaltul sexual* : Faptul că copilul este martorul unui exhibiționist adult sau că este pervertit de acesta (sau forțat) spre anumite practici sexuale determină dezvoltarea unei personalități vulnerabile, anxioase, patologice. Multe prostituate au trăit în copilăria lor o astfel de experiență nefericită.

● *Sindromul de abstinență al nou-născutului* : Frecvența sindromului de abstinență la heroină la nou-născut se pare că este într-o continuă creștere.

Acești copii sînt handicapați și prin prematuritatea nașterii lor.

Simptomatologia de sevraj apare la 6—48 ore după naștere, constînd într-un strigăt specific și permanent, hipersalivație, reflex Moro accentuat, tremurături, scădere ponderală. Tratamentul este cu diazepam la fiecare 8 ore, pînă la remisia sindromului de abstinență, și apoi reducerea lui treptată.

În sindromul de sevraj barbituric (la copiii mamelor epileptice sau barbituromanice), simptomatologia apare în a patra, a șaptea zi după naștere.

Tratamentul este cu sedative de tip fenobarbital și diazepam, timp de 2—6 luni.

● *Răsunetul asupra părinților al unor boli letale ale copiilor* : Simptomatologia psihică a părinților ai căror copii suferă de o boală letală este pe cît de comprehensibilă, pe atît de dureroasă. Copiii interpretează această simptomatologie ca fiind determinată din vina lor, dezvoltînd idei de culpabilitate. În ambele cazuri, terapia este cea suportivă.

49. **URMĂ MNEZICĂ** ● După FREUD — mod în care evenimentele se înscriu în memorie. Urmele mnezice persistă, dar se reactivează numai dacă sînt investite. FREUD situează memoria în cadrul concepției sale topice și consideră că funcționarea memoriei urmează principiul economiei. După părerea sa, există o incompatibilitate între conștiință și memorie. În sistemul percepție-conștiință, excitația nu lasă urme durabile ; dacă ele ar fi durabile, acest lucru ar determina o limitare și pînă la urmă imposibilitatea sistemului respectiv de a mai primi excitații noi ; dacă ele ar deveni inconștiente ar însemna să se admită funcționarea unor procese inconștiente în sistemul percepție-conștiință, sistem a cărui funcționare este conștientă. Înscrierea evenimentelor în memorie suportă și ea o diferențiere topică, distingîndu-se mai multe „sisteme mnezice“ (există o stratificare a memoriei după diverse criterii : cronologie, legături asociative, acces la conștiință). După FREUD, sistemele mnezice sînt inconștiente ; urmele mnezice nu pot pătrunde în conștiință, dar amintirile preconștiente pot fi actualizate în comportament (preconștientul ar corespunde memoriei în sensul general curent al termenului). Amintirile nu dispar definitiv, ele rămînînd inscrise, dar reactualizarea lor (evocarea) depinde de modul în care suportă investiții, contrainvestiții, dezinvestiții (vezi și distincția între cuantumul de afect și reprezentare : cantitatea de afect poate să crească și să se descarce, să se diminueze, să se deplaseze, dar ea se desfășoară pe urmele mnezice ale reprezentărilor).

Urmele mnezice nu sînt engrame sau amprente ale realității ; ele nu posedă calități senzoriale. Conștientizarea unei amintiri nu se compară cu percepțiile. FREUD folosește uneori, ca sinonim pentru „urmă mnezică“, „imagine mnezică“, denumirea căpătînd astfel o semnificație apropiată de psihologia empirică.

50. **URMĂRIRE$^{(D)}$ delir** ● Formă de delir descrisă de KRAFFT-EBING (1890), în care subiecții, în marea majoritate femei, se consideră victima unor persecuții și jigniri din partea cunoscuților. Se asociază cu producția halucinatorie verbală și senzații neplăcute în zona genitală. Reacțiile agresive (scandaluri în localuri publice) și autoagresive (tentative de sinucidere) sînt legate de ideile delirante și de senzația de constrîngere și urmărire permanentă pe care le resimte subiectul. Se întîlnește în schizofrenie și parafrenie.

51. **URO-** (cf. gr. *ouron* „urină“) ● Element de compunere care introduce referirea la urină, micțiune, tract urinar.

52. **URODINIE** (cf. *uro-* ; gr. *odyne* „durere“) ● Actul micțiunii însoțit de durere.

53. **URODIPSIE** (cf. *uro-* ; gr. *dipsa* „sete“) ● Tip de perversiune sexuală în care obținerea satisfacerii sexuale se realizează prin ingerarea urinei sexului opus.

54. **UROFOBIE**$^{(F)}$ (cf. *uro-* ; gr. *phobos* „frică“) ● Teamă patologică de a nu fi surprins in momentul micțiunii, trăită intens și dureros, insoțită de tulburări neurovegetative. Poate apărea in nevroza obsesivo-fobică, psihastenie.

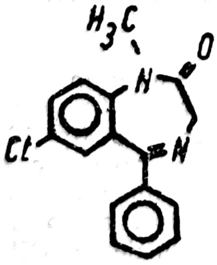
55. **UROLAGNIE** (cf. *uro-* ; gr. *lagnea* „poftă“) ● Satisfacție sexuală realizată prin vederea, mirosul sau gustul urinei sexului opus.

56. **UROSMIE** (cf. *uro-* ; gr. *osme* „miros“) ● Tip de perversiune în care obținerea satisfacției sexuale se realizează prin mirosirea urinei sexului opus.

57. **URSTEIN — psihoză** ● Formă clinică a schizofreniei descrisă în anul 1909 de psihiatrul polonez al cărui nume îl poartă (→ SCHIZOFRENIE — forme clinice).

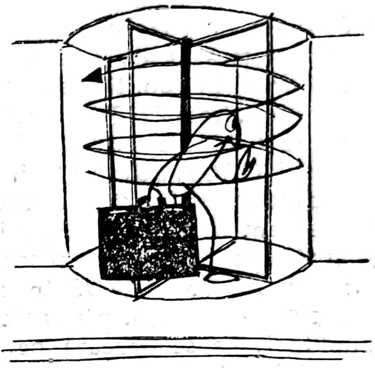
58. **USAKOV Ghenadi** (1927—1981) ● Psihiatru rus. Și-a desfășurat activitatea în cadrul catedrei de psihiatrie infantilă din Moscova, pe care a condus-o din 1961. A studiat o serie largă de probleme privind evoluția psihozelor endogene ale copilului, ca și a conștiinței și personalității. În 1978 a publicat o ultimă lucrare, dedicată patologiei psihiatrice de graniță.

59. **USEMPAX-AP**$^{(M)}$ Brazilia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H — 1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.



60. **USKAN**$^{(M)}$ Germania, — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1, 4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (patru ore) ; acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM$^{(M)}$.

61. **UȘĂ ROTATIVĂ**$^{(S)}$ **sindrom** („revolving door syndrome“) ● Sintagmă caracterizînd felul în care unii bolnavi psihici cronici sînt preluați de camerele de gardă sau de serviciile de urgență, fiind ulterior externați, pentru ca în timp foarte scurt să reapară în același serviciu medical. După D. G. LANGSLEY (1985), o soluție eficientă de evitare a apariției acestui „sindrom“ este elaborarea unor programe speciale de asistență a acestor bolnavi.



62. **UTEROMANIE** (cf. lat. *uterus* ; gr. *mania* „nebunie“) — sin. ANDROMANIE ; CITEROMANIE ; ESTROMANIE ; FURIE UTERINĂ ; METROMANIE $\xrightarrow{sin.}$ NIMFOMANIE.

63. **UTIL**$^{(M)}$ Belgia — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

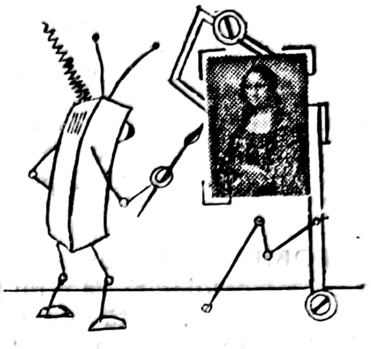
64. **UTILITARISM** (cf. lat. *utilis* „folositor“) ● Filozofie morală care-și are inceputurile în secolul al XIX-lea, în scrierile lui J. BENTHAM și J. ST. MILL, potrivit căreia utilul, folosul individual, ca sursă esențială a fericirii, trebuie admis drept criteriu suprem al acțiunii. Postulînd, în manieră hedonistă, că plăcerea reprezintă chintesența fericirii, BENTHAM preconiza o „aritmetică a plăcerii“, destinată

să stea la baza estimării metodice a valorii diferitelor acțiuni posibile după cantitatea totală de plăcere și fericire pe care le pot declanșa, formulînd ca principiu al utilitarismului maxima : „se cer săvîrșite acțiunile care promit să asigure cea mai mare fericire pentru cît mai mulți oameni". Încercînd să atenueze simplismul excesiv al teoriei lui BENTHAM, J. St. MILL ierarhizează plăcerile, dînd prioritate celor spirituale și completează principiul fericirii fiecăruia cu cerința solidarității, ca o condiție necesară a armoniei sociale. Sub diferite forme, concepția utilitaristă reapare și astăzi în cadrul pragmatismului sau în unele teorii meta-etice (naturaliste, emotiviste, imperativiste etc.).

65. **UTOPIE** (cf. gr. *ou topos* „loc inexistent" vezi și *Utopia* — țară ideală, imaginată de Th. MORUS) ● Concepție politică sau socială generoasă, dar irealizabilă. Termenul s-a răspîndit după 1516, cînd a apărut celebra carte a lui Thomas MORUS, „Utopia", în care se descrie o societate imaginară, ale cărei virtuți contrastau flagrant cu viciile orînduirii feudale engleze, aflată pe atunci în descompunere. Metoda inaugurată de MORUS în critica socială — utopismul — a fost pînă astăzi urmată de alți gînditori. Ea se bazează pe reliefarea contrastului între tabloul deprimant al unei anumite realități istorice și proiecția luminoasă a unei societăți imaginare, lipsită de atrocități și nedreptate ; nu se indică însă soluții practice realiste, prin care să poată fi transpusă în fapt orînduirea visată.

● Prin extensie — concepție, proiect himeric (imaginar, fantezist, imposibil de realizat în practică). Utopia nu a rămas în afara observației psihiatrilor care, analizînd fenomenul în limitele epocii respective, au remarcat atît caracterul său „himeric", cît și aspectele pozitive, progresiste, de „ferment" în cadrul evoluției societății.

Sub aspect tipologic, personalitățile isterice se abandonează deseori propriei bogății imaginative, construind fabulator edificii utopice, menite să substituie obiectele frustrărilor afective pe care le trăiesc, să umple „golurile", neîmplinirile, aspirațiile unei insuficiente manifestări afective ; „castelele de nisip" se prăbușesc inevitabil în confruntarea cu obiectivitatea realității interumane. De cu totul altă coloratură, utopia deliranților pasionați, a paranoiacilor revendicativi și mistici se remarcă prin tenacitatea, sistematizarea și neinfluențabilitatea absolută care nu rămîne numai pe planul ideației, ci se traduce în planul concretului, prin experiențe ce atrag deseori consecințe dramatice pe plan social (vezi secta sinucigașă a lui Jim Jones).



Privind retrospectiv începuturile psihiatriei, instituțiile ei azilare și metodele de tratament ale alienaților mintal, ar fi putut părea desigur o utopie ceea ce se întîmplă cu boala psihică și bolnavii psihici în epoca modernă. Realitatea curabilității acestora, datorită revoluției pe care a creat-o apariția neurolepticelor, posibilitatea tratării lor „extra muros", înțelegerea și sprijinul tot mai mare acordat de societate — toate acestea nu mai sînt astăzi o utopie. În această lumină, conținutul unor concepții care pot părea utopice într-o epocă, depășindu-i cadrul, trebuie judecate și în raport cu sensul lor pozitiv, generos.

66. **UVEITĂ** (cf. fr. *uvéite* : vezi lat. *uva* „strugure") ● Inflamație cu caracter cronic sau recurent a corpului ciliar, a irisului, a coroidei sau a tuturor acestor trei formațiuni. Există un număr de uveite a căror etiologie este nelămurită, părînd să fie legate de situații psihotraumatizante care, prin acțiunea lor asupra axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian, creează o relativă ischemie a tractului uveal. Studii efectuate la pacienții cu uveite au arătat o creștere semnificativă a catecolaminelor plasmatice în raport cu grupurile de control (A. KUMAR, H. NEMA, V. THAKER, 1981). O serie de autori afirmă similaritatea aspectelor psihosomatice din uveite cu acelea din retinopatia seroasă centrală (A. MAMELOK, 1985).

67. **UXEN**$^{(M)}$ Argentina — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo/a,d/-cicloheptenă-Δ5, γ-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ$^{M)}$.

68. **UXORICID** (cf. lat. *uxor* „soție" ; *caedere* „a omorî")●Homicid comis de soț avînd ca victimă soția. Ca și „crima pasională", uxo-

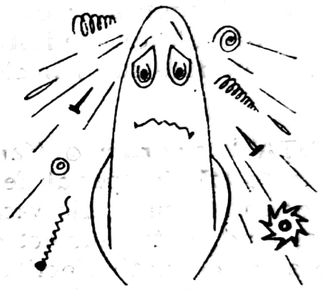
ricidul a fost tratat cu mult mai multă indulgenţă decît crima antisocială, în ţările latine (ulterior, acest punct de vedere tradiţional a fost revizuit). În majoritatea cazurilor, expertiza medico-psihiatrică relevă o tulburare psihică gravă a celui care a comis fapta, „starea pasională" fiind un pretext nefondat.

De GREEF sistematizează uxoricidul în: cel făcut cu premeditare, uneori în timp, treptat (otrăvirea progresivă), şi cel care este efectuat în cursul unei stări psihice particulare, care ingustează cîmpul de conştiinţă al celui ce-l efectuează, determinîndu-l pe acesta să acţioneze aşa cum nu ar fi capabil să o facă pe fondul de claritate a conştiinţei, cu premeditare. Această ucidere impulsivă şi explozivă are loc în timpul unei crize de furie, de mînie, pe care ulterior subiectul o regretă, recurgînd chiar la autoliză.

În cazul deliranţilor cronici, uxoricidul poate fi comis mai ales de paranoizii cu delir de gelozie, pasional, de urmărire şi persecuţie, urmat sau nu de sentimentul culpabilităţii şi regretului, dar fără nici o tentativă a vinovatului de a-şi nega sau ascunde fapta. Delirul de gelozie al alcoolicilor cronici este una dintre cele mai frecvente circumstanţe patologice ale comiterii uxoricidului. Motivaţia patologică a acestei crime nu este însă numai gelozia ; delirantul îşi poate ucide partenera şi pentru că aceasta este cea mai apropiată şi mai constantă prezenţă care se opune delirului său ; ea poate deveni oricînd victima unui raptus agresiv. În heterosuicidul comis de melancolic, uciderea partenerei (şi nu numai a ei, ci uneori şi a copiilor, persoanelor apropiate), urmată de suicid, îşi găseşte motivaţie în delirul catastrofic al depresivului, care încearcă „să salveze" de suferinţă pe cei dragi, prin moarte.

69. **UZUNOV Gheorghi** (1904—1971) ● Psihiatru bulgar, întemeietor al şcolii moderne de psihiatrie din ţara sa. După absolvirea facultăţii, a lucrat în clinica de neurologie din Sofia. În 1937 a plecat în Germania, unde a lucrat în clinica lui KRETSCHMER. După război, din 1946, a lucrat ca docent şi apoi ca profesor la catedra de psihiatrie din capitala bulgară. A avut importante cercetări în domeniul psihopatologiei experimentale şi al clinicii psihozelor toxice. Dintre lucrările sale pot fi citate : „Psihiatrie şi epilepsie" (1947) şi „Psihozele simptomatice" (1963), în care autorul susţine teza esenţei biologice a psihozelor şi pe cea a unităţii bolilor psihice.

70. **UZURĂ PSIHICĂ** (cf. lat. *usura* „folosire") ● Denumire care se întîlneşte mai frecvent în vocabularul nespecialiştilor (fiind folosită prin analogie cu deteriorarea unei piese sau a unui sistem tehnic, datorită unei întrebuinţări îndelungate). Se referă la diminuarea şi slăbirea progresivă (prin înaintare în vîrstă, suprasolicitare sau subsolicitare) a funcţiilor psihice. Denumirea este lipsită de specificitate psihopatologică, reflectînd epuizarea (reversibilă sau nu) a întregului ansamblu, fără a se preciza dacă este vorba de un proces fiziologic, cum este cel de îmbătrînire, sau de o alterare morbidă a substratului morfofuncţional neuronal.



VV VV
VV VV
VV VV
VV VV
VV VV
VV VV
VV VV
VV VV
VVV

1. **VABEN**$^{(M)}$ Israel — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentraţii plasmatice mai rapide (patru ore); acţiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM$^{(M)}$.

2. **VACANŢĂ**$^{(S)}$ **sindrom** ● Manifestări de intensitate nevrotică, în special de coloratură depresivă, declanşate cu ocazia vacanţelor sau a concediilor, cînd pentru subiect devin acute o serie de probleme emotiv-afective, în special singurătatea. Unii subiecţi adoptă o atitudine de evitare, refugiindu-se în muncă, soluţie care duce cu timpul la instalarea unei veritabile nevroze de epuizare.

„Sindromul de vacanţă" nu este în sine o simptomatologie specifică, dar este un teren premorbid pe care se poate instala o patologie uneori severă. Tentativa suicidară este o circumstanţă rară, dar posibilă a acestei patologii „minore".

3. **VACANŢĂ DE DROG (DRUG HOLIDAY)** ● Metodă de dezintoxicare medicamentoasă propusă de autorii americani, constînd în introducerea de intervale libere, care sînt mărite progresiv, între zilele de consum de hipnotice. În opinia autorilor, alături de dezintoxicarea acestor bolnavi, se evită şi fenomenul de dependenţă.

4. **VACCINOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. fr. *vaccin*; gr. *phobos* „frică") ● Teama patologică de a fi vaccinat, întîlnită în psihastenie, nevroza obsesivo-fobică, schizofrenie, melancolie şi psihoze paranoide.

5. **VAGABONDAJ** (cf. fr. *vagabondage*: vezi lat. *vagari* „a umbla de colo-colo, a rătăci") — sin. DROMOMANIE; PORIOMANIE; RÉGIS$^{(S)}$. — sindrom ● Comportament a cărui definire este strîns legată de cea a fugii cu care a fost deseori identificat, de care uneori este greu de diferenţiat, dar de care se deosebeşte esenţial în concepţia psihiatrică actuală.

Reprezentînd un mod de existenţă normală, care implică lipsa domiciliului, a unor surse materiale stabile şi a unei profesiuni, vagabondajul poate fi un act deliberat, premeditat, la un subiect sănătos psihic (fenomene sociale ca şomajul, foametea sau războaiele au prilejuit, în decursul diferitelor epoci istorice, situaţii de vagabondaj individual sau colectiv, în care nu se puteau incrimina tulburări psihopatologice), dar cel mai frecvent este caracteristic structurilor dizarmonice de personalitate (JOFFROY şi DUPOUY). Neavînd caracterul impulsiv, de constrîngere, al fugii, aspectul de anormalitate a fost totuşi sesizat de cei mai mulţi autori (BENON, FROISSART). BARDENAT (1985) insistă asupra frecvenţei acestei modalităţi de trai la personalităţile dizarmonice de tip instabil, cu trăsături hipocondriace, paranoice, perverşi sexuali, precum şi la debilii mintal. Toxicomania de orice tip, inclusiv alcoolismul, poate constitui un factor favorizant, iar delincvenţa este frecvent asociată.

Spre deosebire de vagabondaj, dromomania constă în impulsiunea (trebuința) imperioasă a individului de satisfacere a unei acțiuni prin care să-și descarce tensiunile intrapsihice intense, nevoie convertită în schimbarea locului, în deplasarea într-o direcție oarecare, fără a calcula riscurile actului său. Impulsiunea apare brusc, neașteptat și uneori este intermitentă, cu o anumită periodicitate. La copii mai ales trebuie distinsă de fugă, care are caracter reactiv. În cazul personalităților dizarmonice nu este însoțită de modificări de luciditate a conștiinței, are caracter cvasi-periodic, întîlnindu-se cu precădere la persoane de sex masculin (copii și adulți), identificîndu-se cu vagabondajul.

MICHAUX descrie mai multe variante : cea care apare după o decepție sentimentală (erotodromomania), părăsirea căminului pentru a trăi fără constrîngeri ș.a. În cazul în care dromomania este însoțită de tulburări de conștiință de tip crepuscular, este încadrată într-un automatism epileptic sau într-o psihoză reactivă acută (reacție de șoc), bolnavul prezentînd amnezia episodului. Dromomania mai poate constitui unul dintre semnele de debut ale schizofreniei și se poate întîlni de asemenea destul de frecvent la oligofreni.

6. **VAGINISM** (cf. fr. *vaginisme* : vezi lat. *vagina*) ● Tulburare psihosomatică, localizată la nivelul perineului și a treimii mediane a vaginului, reprezentînd o contractură spasmodică a musculaturii implicate, contractură involuntară care are drept consecință imposibilitatea penetrării penisului în vagin sau o reținere a penisului (spasm vaginal îndelungat). Vaginismul creează dificultăți în contactul sexual și nu are o etiologie organică decît în 2—5% din cazuri (după MASTERS și JOHNSON). Etiologia este psihogenă, din punct de vedere psihopatologic vaginismul fiind o tulburare nevrotică ce presupune o puternică inhibiție sexuală a femeii ; această inhibiție se datorează unor experiențe sexuale anterioare traumatizante sau unor conflicte nevrotice, unor tendințe homosexuale (inconștiente). O cauză a vaginismului mai poate fi impotența masculină.

Ca simptom, vaginismul se formează prin mecanismul conversiei (somatizarea) ; aceasta poate avea o semnificație defensivă, ca răspuns la o tentativă de posesiune reală, imaginară sau așteptată. Vaginismul apare în mariajele neconsumate (sau este o cauză a neconsumării mariajului), la cuplurile care întrețin foarte rar raporturi sexuale, la cuplurile dizarmonice sau nevrotice. Fiind vorba de o problemă de cuplu, rezolvarea eficientă se realizează printr-o terapie a cuplului. În cazul în care partenerul bărbat este relativ normal din punct de vedere sexual, problema se poate rezolva printr-o terapie a femeii, cea mai recomandabilă fiind cura analitică.

7. **VAGOFIL$^{(M)}$** Brazilia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1, 4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

8. **VAGOSTABYL$^{(MC)}$** Grecia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune similară care se complementează :

- MEPROBAMAT$^{(M)}$ tranchilizant, derivat propandiolic ;
- CLORDIAZEPOXID$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă.

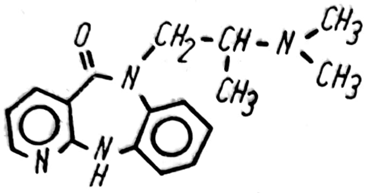
9. **VAGOTONIC — tip de personalitate** (cf. lat. *vagus* ; gr. *tonos* „tensiune") — sin. ANABOLIC ● Termen utilizat în unele biotipologii pentru a desemna, în opoziție cu tipul catabolic, un tip constituțional somatic, caracterizat prin nivelul crescut al tonusului parasimpatic ; tip scund, dezvoltat pe orizontală, cu rezerve adipoase, hipotensiv și hipoglicemic, bradicardic (→ VAGOTONIE).

Pe plan psihologic, individual este bonom, optimist, comunicativ, sintonic, senzual, cu oscilații energetice extreme. Tipul anabolic ar fi echivalent cu brachitipul macrosplanhnic al lui VIOLA, cu brevilinul stenic al lui PENDE și cu picnicul lui KRETSCHMER.

10. **VAGOTONIE** ● Exagerare a tonusului sistemului vegetativ parasimpatic. Termenul este utilizat pentru denumirea unui sindrom care se caracterizează prin manifestări funcționale de tip parasimpatic în sfera cardiacă, respiratorie, digestivă, genito-urinară. Su-

biecţii prezintă hipotensiune, bradicardie, jenă precordială, tendinţă la sincope reactive, constipaţie, aerofagie, colici abdominale. Această simptomatologie se poate manifesta în cadrul unor stări emoţionale fără a altera starea generală sau longevitatea subiectului sau poate fi constituţională şi atunci caracterizează un anumit tip în cadrul biotipologiilor.

11. **VAGRAN**$^{(M)}$ Franţa — DCI *Propizepină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzodiazepinic de tip 6, 11-dihidro-6-/2-(dimetilamino)-2-metiletil/-5H-pirido/2,3-b//1, 5/benzodiazepin-5-onă, cu efecte antidepresive şi sedative; are o bună toleranţă. Nu se administrează concomitent sau sub 14 zile după IMAO.



12. **VAIHINGER Hans** (1852—1933) ● Filozof german, a absolvit facultatea din Halle, fiind un promotor al gîndirii kantiene (fondatorul revistei „Kantstudien"). Pentru psihologie, importanţa sa este generată de impactul lui ADLER cu lucrările sale, din care împrumută concepte importante cum ar fi cel de „ca şi cum" — ceva poate funcţiona ca adevăr chiar dacă se ştie că este fals şi este recunoscut ca atare. Pornind de aici, ADLER a dezvoltat conceptul său teleologic de „scopuri ficţionale". Ficţiunile sînt privite ca derivînd din realitate şi ca soluţii nonraţionale, provizorii. Acceptarea ficţiunii este legată de estomparea contradicţiei care o însoţeşte. După VAIHINGER, adevărata înţelepciune implică mulţumirea de a-ţi trăi viaţa la un nivel practic şi acceptarea formulei după care adevărul este doar o ficţiune şi un expedient. În opinia acestui autor, filozofii nu ar trebui să se „autotortureze" cu întrebări la care nu se poate răspunde. El este de părere că gîndirea elaborează categorii care influenţează percepţia obiectelor.

13. **VAIL**$^{(S)}$ **sindrom** — sin. NEVRALGIE PAROXISTICĂ VAIL ● Nevralgie orbitară şi/sau auriculară cu caracter paroxistic, de obicei nocturnă, consecutivă unor procese inflamatorii pe traiectul vidian; este însoţită de cefalee difuză, iritabilitate şi anxietate. Evoluţia este benignă; răspunde la tratament cu tegretol şi vitamine din grupul B.

14. **VALAMINA**$^{(M)}$ Belgia, Grecia — DC *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-il/propil/-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

15. **VALAXONA**$^{(M)}$ Germania — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

16. **VALCAPS**$^{(M)}$ Austria, Elveţia, SUA — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

17. **VALDORM**$^{(M)}$ Italia — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-/2-(dietilamino)etil/-5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică; este indicat în insomniile mixte, contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom, miastenie.

18. **VALENŢĂ** (cf. fr. *valence*: vezi lat. *valere* „a valora") ● Termenul a fost folosit de K. LEWIN pentru a desemna forţa de atracţie sau de respingere pe care o au obiectele asupra subiectului. Într-un mod aproape analog, MURRAY foloseşte termenul de influenţă. Practic, valenţa nu este o caracteristică în sine a obiectului, ea devine forţă de atracţie sau de respingere pentru subiect în măsura în care obiectul satisface sau nu anumite trebuinţe manifestate de subiect în relaţia sa cu respectivul obiect (de exemplu, trebuinţa de hrană, de cunoaştere, de protecţie). Astfel, obiectul poate căpăta sau pierde o valenţă sau alta în funcţie de trebuinţele subiectului, de ceea ce subiectul simte în raport cu obiectul, cu un substitut al acestuia. Obiectele pot fi investite de către subiect cu anumite posibilităţi de satisfacere chiar dacă, în mod real, respectivele obiecte nu deţin aceste posibilităţi. Aşteptarea subiectului în ceea ce priveşte răspunsul obiectului nu este totdeauna conştientă; o valenţă a unui obiect presupune un anume mod de investire a obiectului de către subiect, un anume tip de cerere, de exigenţă, deci de trebuinţă. În nevroză, în special interacţiunea dintre calităţile obiectului şi trebuinţele subiectului este conflictuală şi devine simptomatică; ceea ce o persoană cere este conform cu modelele din copilărie, modele în care trebuinţele se structurează şi se satisfac prin-

tr-un obiect specific. Obiectul specific (și original) își găsește apoi diverse substitute, care capătă valențele primului obiect, întrucît subiectul are nevoie de aceste valențe. La psihotic, dezinvestirea obiectelor pînă la pierderea relațiilor obiectuale se datorează unui profund proces de regresie. Cînd regresia atinge stadiul narcisismului primar, obiectele practic nu există ca atare, după cum instanțele psihice nu există ca atare — nu există diferențierea subiect-obiect. Lumea capătă semnificație vitală pentru individ (se încarcă de valențe) dacă ea este investită cu energie libidinală (FENICHEL).

19. **VALIAPAN$^{(M)}$** SUA ; **VALIBRIN$^{(M)}$** Turcia | ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

20. **VALIDARE** (cf. lat. *validus* „tare, puternic, eficace") ● Acțiune sau operație prin care se stabilește valoarea diagnostică și prognostică a unui test, posibilitatea acelui test de a măsura un anumit proces sau o anumită trăsătură psihică. Un test este valid dacă el relevă în mod semnificativ procesul psihic sau trăsătura vizată. Orice test măsoară cu precădere un factor sau ansamblul de factori pentru care a fost construit, dar surprinde și alți factori psihici, nespecifici. Dintre procedeele de validare a unui test, mai importante sînt :

- validarea predictivă, reflectînd gradul în care subiecții cu performanțe bune la testul aplicat au performanțe identice sau analoge într-o activitate reală care solicită trăsătura vizată de test. Astfel, de exemplu, testele de inteligență au fost validate comparativ cu performanțele școlare. Dat fiind faptul că reușita școlară nu depinde strict de inteligență, ci și de alți parametri (motivație, aprecierile personale ale profesorilor etc.), validarea predictivă trebuie făcută de mai multe persoane prin raportare la cîteva criterii ; de asemenea, este necesar să se stabilească o corelație între un anumit rezultat la test și un anumit parametru al activității reale ;
- validarea de concurență — operație prin care se stabilește valoarea diagnostică și prognostică a unui test prin referire la un alt test deja validat (se stabilește o corelație între rezultatele obținute la testul în curs de validare și rezultatele obținute la un test similar deja validat).

Gradul de validitate al unui test este în funcție de caracteristicile grupului pe care testul a fost aplicat spre validare ; astfel, un test valid pentru un anumit grup poate să nu aibă același grad de validitate pentru alt grup, cu alt tip de cultură sau cu alt nivel de instruire. În general, un test este valid pentru o anumită funcție, proces, trăsătură, bine delimitate. Există teste relevante pentru un ansamblu de trăsături psihice (testele de personalitate și dintre acestea tehnicile proiective). Rezultatele obținute la un test trebuie corelate cu rezultatele obținute la alte probe, similare și diferite, pentru a se aprecia obiectiv performanțele reale ale persoanei într-o activitate anume, întrucît activitatea reală impune și alte exigențe decît cele strict implicate în testul respectiv. Este foarte importantă, în acest sens, motivația persoanei, atît în activitatea de rezolvare a testului, cît și în activitatea reală, analogă celei de rezolvare a testului considerat.

21. **VALIDITATE MINTALĂ** (cf. lat. *validus*) ● Formulă în terminologia psihiatrică franceză, folosită în acordarea unor certificate care atestează prezența sau absența capacității civile, în legătură cu starea sănătății psihice a subiectului. Neavînd o circumscriere exactă, nici juridică, nici clinică, termenul este folosit cu prudență chiar de către autorii francezi (BARDENAT).

22. **VALIQUID$^{(M)}$** Germania ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

23. **VALIREM$^{(M)}$** Grecia — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Are efecte secundare comune NL

incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

24. **VALISAL$^{(MC)}$** Grecia ● Produs terapeutic ce conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se complementează :

- ● MEPROBAMAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- ● DIAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativ-miorelaxantă.

25. **VALITRAN$^{(M)}$** Italia ; **VALIUM$^{(M)}$** Anglia, Germania, SUA | ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

26. **VALIZĂ$^{(S)}$ sindrom** ● Comportament patologic observat la unii subiecți care se prezintă la serviciile psihiatrice de urgență cu bagajele minuțios pregătite pentru internare, acuzînd o vastă patologie, susținută cu deosebită elocvență.

Odată ce internarea s-a efectuat, pacienții refuză orice măsură terapeutică și, în mod frecvent, părăsesc spitalul în cursul zilei următoare, pentru a reapărea în alte servicii sau în același serviciu, în aceleași condiții, după un anumit interval.

Sindromul a fost descris de HILLEL și DHOUIB în 1980. Este asemănător cu sindromul Münchausen, dar patologia acuzată rămîne strict psihică. Majoritatea autorilor consideră că este vorba de o tulburare de tip nevrotic.

27. **VALLÉE Hippolyte-Tranquile** (1816—1885) ● Născut la Cherbourg, a debutat devreme ca scriitor gazetar. Începînd cu 1840 se afla la Paris unde, se pare, nu a mai avut același succes publicistic. Împins de acest fapt sau atras de problemele de educație ale copiilor deficitari a devenit instructor la o secție de neuropsihiatrie infantilă la Bicêtre din anul 1844, pînă în 1861, fiind socotit, după presa vremii, „primul inventator al unei metode de educație pentru handicapați mintali". După moartea sa, proprietatea de la Gentilly a devenit fundația Vallée, actualul Centru de Neuropsihiatrie Infantilă Gentilly.

28. **VALLEIX — puncte** ● Puncte utile în diagnosticul diferențial al nevralgiilor vera cu cele funcționale. Numai în primul caz, prin compresiunea traiectului unui nerv în punctele sale cele mai sensibile (emergența, traversarea unui mușchi, traiect superficial), răspunsul este pozitiv, corect.

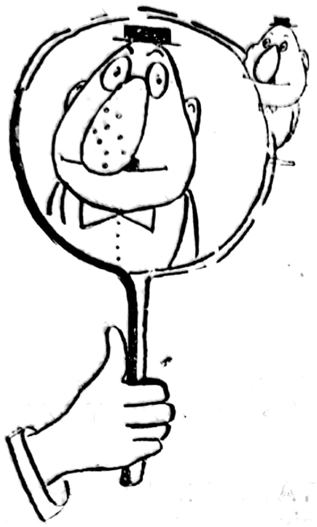
29. **VALLERGAN$^{(M)}$** Anglia, Danemarca, Finlanda — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențînd însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, fiind util și în afecțiunile psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

30. **VALLERY-RADOT-ALAJOUANINE-HORTON$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom caracterizat prin hemicefalgie, lăcrimare, pulsatilitate și hiperestezie la nivelul arterelor temporale și faciale. Este incriminată, ca mecanism patogenic, o dereglare neurovegetativă, fără a se cunoaște însă etiologia. Este frecvent însoțit de o simptomatologie nevrotică și se ameliorează la administrarea de tranchilizante.

31. **VALOI$^{(M)}$** Grecia ; **VALOMIN$^{(M)}$** Coreea | ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

32. **VALORIZARE** (cf. fr. *valoriser* : vezi lat. *valor*) ● Atitudine sau comportament prin care o persoană își obiectivează calitățile pozitive, se face apreciată, își cere drepturile. Atitudine de apreciere a unui anumit obiect, apreciere care poate sau nu să corespundă calităților reale ce aparțin respectivului obiect. În sens negativ, valorizarea propriei persoane revine la atribuirea unor însușiri pe care persoana nu le are. O valorizare autentică presupune cunoașterea de sine și a obiectelor apre-

ciate. Atitudinea de apreciere a propriei persoane și a celuilalt poate fi modificată (exagerată în sens pozitiv sau negativ) în funcție de trebuințele persoanei în cauză, în relațiile sale cu ceilalți, în activitățile sale. Eșecul și succesul sînt de natură să modifice impresia/imaginea persoanei despre posibilitățile sale reale. Individul normal nu manifestă oscilații semnificative în atitudinea de valorizare a sa și a celorlalți. Astfel de oscilații se întîlnesc în special la nevrotici (de exemplu, un complex de inferioritate poate genera un comportament de autovalorizare excesivă, compensatorie ; exhibiționismul istericului implică manifestări analoge scoaterii în evidență a unor însușiri pozitive pentru a obține aprecierea celorlalți ; o persoană imatură afectiv își va schimba aprecierile privind alte persoane în funcție de modul în care aceste persoane îi satisfac anumite trebuințe). Atitudinea dizarmonicului în ceea ce privește aprecierea sa și a lumii se exprimă frecvent în formula „eu am dreptate, celălalt e vinovat" (poziția a doua din cele patru poziții de viață considerate de analiza tranzacțională).



Atitudinea de valorizare presupune existența simțului realului, chiar dacă acesta este afectat (relațiile cu lumea se păstrează chiar dacă ele sînt distorsionate, forțate, discontinue etc.). În psihoză, atitudinea de valorizare se modifică esențial pînă la a se pierde, dat fiind faptul că simțul realului este grav afectat de procesul psihotic. În măsura în care persoana se recuperează (în funcție de gradul de defect), ea își recuperează, parțial, și capacitatea de valorizare a sa și a lumii.

33. **VALPROIC — acid** ● Metabolit activ al valpromidei, care a fost studiat, încă din 1964, pentru proprietățile sale anticomițiale (CARAZ, BONIN).

O serie de autori au remarcat proprietățile sale antipsihotice (G. PRÉAUBERT, P. A. LAMBERT), în special în profilaxia acceselor maniacale. S-a observat că el potențează efectele sedative ale neurolepticelor, dar și hepatotoxicitatea acestora.

Cercetări recente au pus în evidență diferitele mecanisme de acțiune farmacologică a acidului valproic :

- inhibă activitatea enzimelor care catabolizează GABA și o stimulează pe cea a enzimelor care sintetizează GABA (R. BERNASCONI și colab., 1985) ;
- blochează autoreceptorii gabaergici, care exercită un retrocontrol negativ asupra eliberării de GABA, conducînd la creșterea nivelului cerebral al acestei substanțe ;
- are proprietăți inhibitorii asupra metabolismului calciului și stimulatorii asupra endorfinelor (H. EMERICH, 1985) ;
- antrenează o creștere a fracțiunii libere de diazepam plasmatic, prin scăderea fracțiunii legate de proteine (G. OLIVE, 1984).

LINNOILA, VIUKARI și HIERALA (1976) au raportat efecte importante asupra diskineziei tardive (tulburări extrapiramidale, akatizie), care însă nu au fost încă confirmate de alți autori.

Asocierea acidului valproic cu diazepamul este, după mulți autori, o alternativă posibilă în cazul intoleranței la neuroleptice, al ineficacității acestei terapii (SCHETZLER și colab., 1988).

Acidul valproic poate fi folosit cu succes și în psihozele afective bipolare, în care tratamentul cu litiu este ineficace sau imposibil.

34. **VALRELEASE(M)** SUA ; **VALUZEPAM(M)** Coreea ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → DIAZEPAM(M) România.

35. **VALSERA(M)** Italia — DCI *Flunitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică.

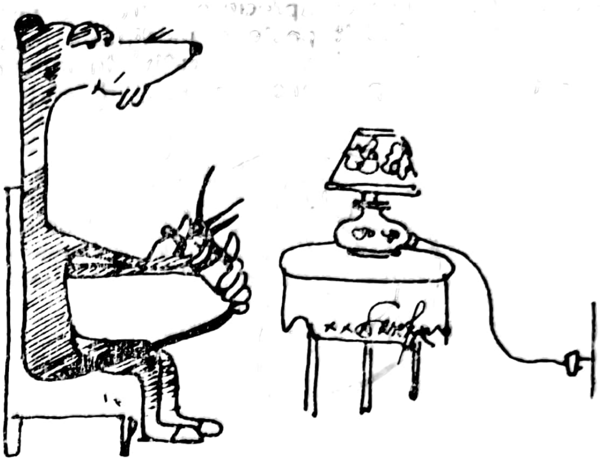
36. **VAMPIRISM** (cf. fr. *vampire*) ● Termen derivat din denumirea unei specii de lilieci de dimensiuni mari, originari din America de Sud și Centrală, care se hrănesc cu sînge de păsări și mamifere.

● Prin analogie, termenul a fost adoptat de psihiatrie pentru a desemna o formă majoră a sadismului (→ PERVERSIUNI SEXUALE), manifestată prin apariţia excitaţiei sexuale în contextul unor acte criminale însoţite sau nu de necrofagie sau ingestia sîngelui victimelor.

● Pentru psihanalişti este o fantasmă cu originea în stadiul sadic-oral, generînd o atitudine sadic-activă a subiectului faţă de obiectele pe care nu vrea să le părăsească. Această atitudine ascunde teama de a pierde obiectele şi dezvoltă o conduită parazitară în raport cu ele. Obiectul devine obiect-hrană, pe care subiectul „îl suge" (regresie la conduita primară a suptului), asigurîndu-se astfel că obiectul îi aparţine. La originea vampirismului poate sta fie o satisfacţie orală accentuată, urmată de o frustrare la fel de accentuată, fie o frustrare orală iniţială puternică; şi într-un caz şi în altul, frustrarea generează dorinţa de revanşă, de reparare în satisfacerea exigenţelor insaţiabile, iar această dorinţă poate îmbrăca, între altele, forma unor manifestări cu semnificaţie oral-sadică (subiectul îşi parazitează obiectele). Fantasma este implicată în tulburările nevrotice cu componentă orală marcată şi în conduitele regresate al unor schizofreni în raport cu obiectele.

37. **VANDALISM** ● Act de violenţă asemănător cu crizele de furie ale copilului, reprezentînd o substituire a scopului real al furiei, asociată cu motivaţii personale, cu o furie oarbă şi lipsită de elementul generator (care devine în acest caz neputinţă). Poate apărea ca act secret al unei persoane sau, mai frecvent, în circumstanţe semipublice, mai ales în condiţii de deprivare socioeconomică, vizînd de obicei proprietatea obştească. Subgrupele culturale din care provine subiectul cu agresivitate de acest tip aprobă tacit sau explicit atitudinea acestora. Poate apărea episodic la grupuri de persoane (de exemplu, violenţele provocate de fanaticii suporteri), fiind însoţite de jaf şi consum exagerat de băuturi alcoolice.

38. **VAN GOGH$^{(S)}$ sindrom** (Vincent van GOGH, pictor şi desenator olandez, 1853—1890) ● Tablou psihopatologic aparţinînd psihozelor schizofrenice, dominat de automutilarea dramatică (enuclearea unui ochi sau secţionarea penisului), evaluat ca frecvenţă de autorii americani la mai puţin de 1% din cazurile de schizofrenie. Aceste gesturi iraţionale pot fi uneori expresia delirurilor dismorfofobice, a convingerilor delirante asupra existenţei unor grave defecte corporale sau pot fi rezultatul altor mecanisme complexe, inconştiente (→ AUTOMUTILARE; GOGH^{s} simptom).



39. **VANITATE** (cf. lat. *vanitas* „deşertăciune, zădărnicie, vanitate) ● Tip de motivaţie extrinsecă în desfăşurarea unei activităţi, nu atît pentru reuşita ei în sine (motivaţie intrinsecă), cît pentru a obţine beneficii subiective cu rol de aport narcisic, sub formă de admiraţie, laudă, bogăţie, fast, evidenţiere. Ca trăsătură de caracter este specifică indivizilor cu ataşament excesiv pentru semnele exterioare, superficiale sau zadarnice, vane, cu care societatea răsplăteşte sau înconjoară valoarea, personalităţile sau creaţiile valoroase. Conştient sau/şi inconştient, vanitatea eludează problema valorii reale a individului, care încearcă într-o continuă cerere sterilă să-i mintă pe ceilalţi şi să se mintă implicit pe sine.

40. **VAQUEZ$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom caracterizat prin semne subiective ale aritmiei extrasistolice; subiectul percepe extrasistolele sub forma unor lovituri scurte, retrosternale, însoţite de durere precordială difuză, ameţeală şi anxietate intensă. Trebuie diferenţiat de acuzele subiective foarte asemănătoare din nevrozele anxioase, cenestopate, pe baza prezenţei axului sindromului nevrotic şi a explorării EKG (normal).

41. **VARIABILĂ** (cf. lat. *variabilis* „care variază, schimbător") ● Mărime (cantitate) care îşi poate schimba valoarea în raport cu mărimi constante. În matematică, termenul defineşte o mărime care îşi poate schimba valoarea în operaţiile cu constante (mărimi care nu-şi schimbă valoarea). În statistica matematică defineşte o caracteristică a unui fenomen supus legilor probabilităţii, care are proprietatea de

a-și schimba valoarea în timp și spațiu, sub influența diferiților factori ce acționează asupra populației studiate.

Termenul de variabilă calitativă desemnează o caracteristică a unui fenomen, definită sub o formă literară și nu numerică ; de exemplu, sexul (feminin, masculin), diagnosticul (pneumonie, hepatită, nevroză, schizofrenie). Deseori, acest tip de variabilă este asimilat cu noțiunea de atribut sau caracteristică.

Termenul de variabilă cantitativă reprezintă o caracteristică măsurabilă, fiecărei unități statistice corespunzîndu-i un număr dat de valoarea caracteristicii. Variabila cantitativă este de două feluri :

- discretă, putînd lua numai anumite valori, în general întregi (de exemplu, numărul de subiecți dintr-un lot) ;
- continuă, putînd lua orice valori într-un interval finit sau infinit (de exemplu, temperatura unui pacient).

Termenul de variabilă aleatoare se referă la variabila ale cărei valori, a priori necunoscute, apar în împrejurări datorate întîmplării, cu probabilități determinate. Reprezintă o funcție bine definită, care indică posibilitatea de apariție a fiecăreia dintre valorile posibile.

În informatică, variabila este o construcție utilizată în limbajele de programare de nivel înalt pentru reprezentarea în program a valorii unei date, valoare ce poate lua diferite mărimi în timpul execuției programului.

42. **VARIANȚĂ** (cf. lat. *variare* „a varia") — sin. FLUCTUAȚIE ● Termen ce prezintă interes din două puncte de vedere :

- al statisticii medicale, în care abateri de la tendința centrală sau dominantă a unui șir statistic reprezintă o a doua caracteristică a acestuia, în sensul împrăștierii valorilor șirului statistic față de tendința centrală. Parametrii dispersiei folosesc la măsurarea împrăștierii valorilor unor variabile în jurul valorii sale medii :
  - — amplitudinea (interval de variație), diferența dintre valoarea cea mai mare și valoarea cea mai mică a unei variabile ;
  - — abaterea medie, media aritmetică a abaterilor absolute ale valorilor observate ale variabilei față de media lor aritmetică :

$$e = \frac{\Sigma|x - \bar{x}_a|}{n}$$

$\bar{x}_e$ — media aritmetică

  - — abaterea pătratică medie (abaterea standard, abaterea tip σ) :

$$\sigma = \sqrt{\frac{(x - \bar{x}_a)^2}{n}}$$

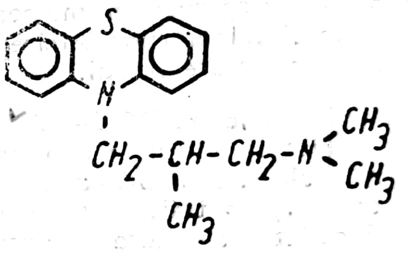
— varianță/dispersie sau fluctuație

  - — media aritmetică a pătratelor abaterilor :

$$V_i = \sigma^2$$

- al acțiunii de împrăștiere :
  - — dispersia atenției — stare psihică ce se caracterizează prin scăderea capacității de concentrare a atenției, necesară unei activități psihice coordonate, adaptate.

43. **VARIARGIL$^{(M)}$** Spania — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențează însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, fiind util și în afecțiuni psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).



44. **VARICELĂ — ZONA ZOSTER** (cf. fr. *varicelle*) ● Virus aparținînd grupului Herpes, izolat în 1952 de WELLER și STODDARD, care determină două boli infecțioase diferite :

- Varicela, benignă prin evoluția sa, existînd însă și cazuri în care apar complicații neuropsihice (de obicei, între a 3-a și a 15-a zi de la debut), atît la copii, cît și la adult. De menționat riscul apariției unei afecțiuni oftalmologice (corioretinite, anizocorie, nistagmus, atrofie optică), a crizelor comițiale, oligofreniei și hidrocefaliei la nou-născuți ai căror mame au suferit o infecție variceloasă în primele două săptămîni ale sarcinii. Complicațiile neuropsihice, apreciate la 1/5000, pot fi : meningoencefalita difuză, ataxie cerebeloasă acută, mielită ascendentă sau transversă, poliradiculite și polinevrite, encefalopatii acute (N. DRĂGĂNESCU și P. NISIPEANU).

● Zona (herpesul) Zoster se manifestă prin dureri nevralgice urmate de erupție herpetiformă (eritemo-veziculoasă) pe teritoriul cutanat al nervului respectiv, localizată în regiuna cefalică (19%), cervicală (12%), toracică (15%) și lombosacrată (18%). Complicațiile sînt mai frecvent senzitive și senzoriale, apoi motorii și mult mai rar encefalitice. POROT semnalează unele cazuri de suicid determinate de insuccesul terapeuticii antalgice în sechelele dureroase rebele.

45. **VARIOLĂ** (cf. fr. *variole* ; vezi lat. *varius* „pătat") ● Boală infectocontagioasă extrem de gravă, care în urma acțiunilor deosebite privind vaccinarea este la ora actuală eradicată din întreaga lume, de peste un deceniu. Tulburările psihice sînt frecvente în evoluția acestei boli, prin atingerea encefalomielitică pe care o produce. Rahialgiile, delirul, tulburările intelectuale, depresia anxioasă sînt circumstanțe clinice caracteristice, iar stările psihopatoide reprezintă sechele majore. Deși boala este dispărută în momentul de față, memento-ul tulburărilor psihice majore pe care le induce poate fi util.

46. **VASCHIDE Nicolae** (1873—1907) ● Psiholog și psihiatru român, cu o activitate științifică și publicistică impresionantă pentru scurta sa existență (a trăit doar 34 de ani) ; a absolvit Facultatea de litere și filozofie din București în 1895 (cu teza intitulată „Senzațiile vizuale"), an în care a plecat la Paris, la inițiativa lui A. BINET, pentru a lucra ca cercetător-stagiar în laboratorul său de psihologie fiziologică. În paralel cu frecventarea cursurilor facultății de medicină din Paris (1897—1899), VASCHIDE a desfășurat o intensă activitate practică la spitalele Bicêtre și Salpêtrière, pentru ca din 1900 să devină asistent și ulterior șef de lucrări în Laboratorul de psihologie experimentală de la Azilul de boli mintale Villejuif (dependent de École des Hautes-Études, de pe lîngă Sorbona), unde lucra ca medic șef, doctorul E. TOULOUSE.

N. Vaschide

A publicat aproximativ 200 de studii, singur sau în colaborare, privind atenția (în colaborare cu Raymond MUENIER) și memoria, metoda clinică și o serie de tulburări psihopatologice (împreună cu TOULOUSE, PIÈRON, VURPAS, MACHAND). Dintre lucrările intrate în circuitul internațional pot fi enumerate : „Măsura inteligenței", „Somnul și visele", „Eseu despre psihologia mîinii".

47. **VASCULARE — tumori** ● Tumori cerebrale, avînd drept loc de dezvoltare țesutul vascular. Cele mai frecvente sînt hemangioblastoamele, care reprezintă circa 1—2% din tumorile intracraniene. Pot apărea la orice vîrstă, la copil și la adult, și sînt mult mai frecvente la sexul masculin. Un semn precoce al tumorii poate fi reprezentat de policitemie. Sediul cel mai frecvent este cerebelul. Această localizare este specifică și în cazul în care tumora este asociată cu boala chistică a rinichilor, pancreasului și altor organe, cu angiomatoza retiniană, boala Hippel-Lindau.

Tumorile vasculare sînt benigne, putînd fi total excizate, și de asemenea pot beneficia de radioterapie. Din punct de vedere morfopatologic, tumora apare ca nodul roșu cu un chist în interior, iar microscopic ca o rețea proeminentă reticulară, în interiorul căreia se văd vase sanguine mici, imature, sau mari celule endoteliale.

48. **VASILESCU N. Alexandru** (1899—1976) ● Medic psihiatru român. Studiile liceale și facultatea le-a urmat la București, fiind inițial atras de specilitățile chirurgicale. Contactul cu profesorul D. BAGDASAR și cu T. IONESCU, care executau intervenții neurochirurgicale, i-au sporit interesul pentru psihiatrie ; pînă în anul 1931 a fost intern al profesorului P. TOMESCU, colaborator și continuator al profesorului OBREGIA. Din 1937 a devenit medic primar ; în 1939 a făcut o specializare de doi ani în Franța, în clinicile profesorilor H. CLAUDE și H. BARUK. La întoarcerea în țară a fost numit director al spitalului de boli mintale cronice Balotești, apoi director adjunct al spitalului Gh. MARI-

Topografia vaselor	*Poziția celulelor ganglionare*	*Celulele de origine*
Cap si gît	*ganglion cervical superior*	*I-II -toracală*
Inima	*ganglion stelat si cervical inferior*	*I-V -toracală*
Extremitate anterioară	*ganglion stelat*	*IV - IX -toracală*
Extremitate posterioară	*ganglion 6 și 7 lombar primul ganglion sacral*	*XI - XII -toracală I - III -lombară*
Rinichi	*ganglion renal*	*IV - XII -toracală I III -lombară*
Splina	*ganglion semilunar*	*III XII -toracală I III -lombară*
Viscerele abdominale	*ganglion semilunar și mezenteric superior*	*IV - XII -toracală I-II -lombară*
Organe pelviene	*ganglion mezenteric inferior*	*I-II -lombară*

ORIGINEA, SINAPSA GANGLIONARĂ ȘI REPARTIȚIA FIBRELOR . . VASOCONSTRICTOARE
(după STĂNESCU, 1961)

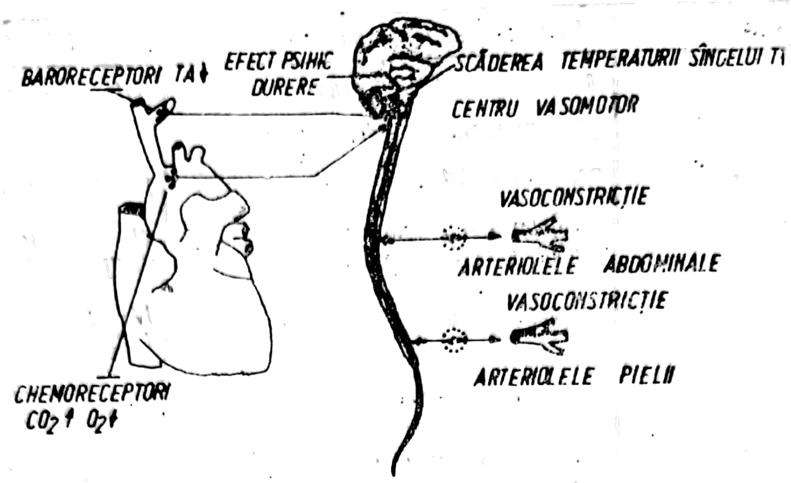
NESCU (1941–1943). Finalul activității l-a desfășurat la spitalul de psihiatrie din Pucioasa.

A publicat numeroase lucrări științifice privind patologia organică (alcoolism, psihoze toxice, neurolues, sindroame endocrine, paludism), precum și asupra sindromului catatonic.

49. **VASILESCU**[8] **semn** ● Probă utilă în diagnosticul diferențial al deficitului motor de origine piramidală cu cel de „origine funcțională“, constînd în solicitarea subiectului, aflat în decubit dorsal, de a-și apropia cît mai mult planta de fese — de partea lezată constatîndu-se o rămînere în urmă.

50. **VASOCONSTRICȚIE** (cf. lat. *vasum* „vas“ ; *constrictio* „strîngere“) ● Reducerea lumenului vascular prin acțiunea unor factori nervoși, umorali sau farmacologici asupra musculaturii netede din pereții săi. Astfel, simpaticul are efect vasoconstrictor în teritoriile splanhnic și cutanat și vasodilatator cardiac, cerebral, muscular. Apare ca manifestare a unor stări afectiv-emoționale, concomitent cu modificări ale activității cordului, ale valorilor presionale, ale activității altor aparate și organe și a le coloristicii feței (paloarea caracteristică reactivității emoționale). Medicația vasoconstrictoare acționează asupra centrilor nervoși și a fibrelor nervoase simpatice (structuri de care este dependent tonusul fibrei musculare netede a vaselor), dar și direct asupra fibrei musculare netede. Substanțele vasoconstrictoare aparțin următoarelor categorii de droguri : stimulatoare ale receptorilor adrenergici (alfa, beta sau ambele categorii) și alte substanțe, ca angiotensina, octapresina etc. Ele se utilizează în scopul ameliorării irigației tisulare, mai ales în cazurile de hipotensiune arterială acută sau cronică. Acționînd asupra teritoriului arteriolar, medicația vasoconstrictoare favorizează o circulație cerebrală optimă.

Marea majoritate a drogurilor psihotrope (neuroleptice, antidepresive, tranchilizante) determină, prin efectul lor central, hipotensiune arterială cu valori ce necesită medicație vasoconstrictoare corectoare. În aceste cazuri, COSTA recomanda drogurile cu proprietăți stimulante alfa-adrenergice, deși efectul lor este pasager. Vasoconstricția cerebrală este implicată în faza prodromală a crizei migrenoase, ceea ce justifică administrarea de vasodilatatoare cerebrale pentru a realiza întreruperea evoluției crizei.



MECANISMUL VASOCONSTRICTOR (după VANDOT, 1975)

51. VASODILATAȚIE (cf. lat. *vasum* ; *dilatatio* „mărire") ● Mărirea diametrului lumenului vascular, produsă de acțiunea unor factori nervoși, umorali sau farmacologici. În cadrul factorilor nervoși, simpaticul are efect vasodilatator în teritoriile cerebral, muscular, coronarian, în timp ce parasimpaticul produce acest efect în teritoriile sale de distribuție. Controlul activității vasculare (rezistenței vasculare periferice) de către centrii nervoși superiori — hipotalamus, sistem limbic, cortex — explică faptul că vasodilatația intervine complementar cu vasoconstricția, ca expresie vegetativă a unor stări afectiv-emoționale ce pot modifica chiar și expresivitatea mimicii. Efectele dominant inhibitorii centrale ale drogurilor psihotrope explică vasodilatația apărută ca efect secundar al chimioterapiei în psihatrie. Consecința ei, hipotensiunea ortostatică, necesită frecvent administrarea unei medicații adjuvante presoare. Medicația vasodilatatoare se adresează terapiei hipertensiunii arteriale, prin scăderea rezistenței vasculare periferice. În cadrul vasodilatatoarelor utilizate în clinica psihiatrică, sînt de menționat drogurile cu efect favorabil asupra circulației cerebrale : derivați de secară cornută (Dihidroergotoxina), alcaloizii din „vinca rosea" (Vincamina), derivați de xantină etc.

52. VASOMOTRICITATE (cf. lat. *vasum* ; *motus* „mișcare") ● Mecanism constînd în modificarea calibrului vascular prin acțiunea unor factori interni sau externi asupra mușchiului neted din structura peretelui vascular. Concentrația sau relaxarea musculaturii netede determină vasoconstricție, respectiv vasodilatație. Aceste efecte pot fi determinate :

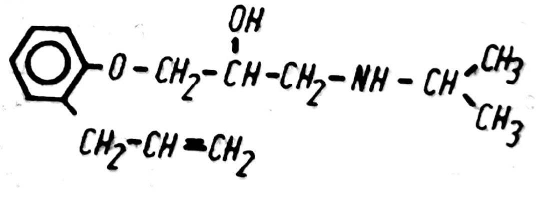
● sub coordonarea centrilor cardio-vasomotori din substanța reticulată a trunchiului cerebral ;

● prin influențe nervoase sau umorale locale, periferice ;

● sub acțiunea unor droguri cu capacitate vasomotorie.

Mecanismul vasomotor este implicat, alături de alte mecanisme, în patologia crizelor migrenoase (L. POPOVICIU, I. HĂULICĂ), explorările funcționale evidențiind modificări ale calibrului vascular arterial, inițial prin vasoconstricție urmată de vasodilatație. Acest mecanism stă și la baza utilizării drogurilor vasodilatatoare, mai ales în perioada prodromală a crizei migrenoase. Modificări vasomotorii evidente apar sub formă de paloare sau congestie tegumentară periferică în cazul stărilor afectiv-emoționale.

53. VASOTON$^{(M)}$ Argentina — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi) 3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame cardiace hiperkinetice, alcoolism, afecțiuni psihosomatice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.



54. VATELL$^{(S)}$ sindrom (de la numele bucătarului prințului Condé, care a rămas cunoscut prin faptul că, aflat în pericol de a-şi păta reputaţia profesională — temîndu-se că nu va primi în timp util peşte proaspăt pentru prepararea unei mese festive —, a preferat sinuciderea în locul dezonoarei) ● Decompensare bruscă a unei structuri fragile a personalităţii, din cauza unor situaţii profesionale deosebite. Tabloul clinic descris de P. SIVADON, M. QUIDU, J. RABARDEL (1963) constă în agitaţie, tanatofobie, anxietate psihotică, idei şi tentative suicidare, grefate pe fondul unor trăsături premorbide particulare, imaturitate şi tendinţă la izolare. Autorii remarcă posibilitatea ca ultima particularitate să nu fie neapărat structurală, ci doar un mod de apărare psihologică. Mecanismul psihopatologic al acestui tip de reacţie ar fi legat de actualizarea bruscă a unor situaţii traumatizante anterioare sau a unor conflicte latente nesoluţionate.

55. **VATRAN$^{(M)}$** Italia — DCI *Diazepamă* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

56. **„VĂDUVIE" SIMULATĂ** ● Tulburare făcînd parte din „falsele (factitious) boli", cu simptomatologia psihică constînd în prezentarea unui tablou depresiv, pe care bolnavul îl atribuie morţii unei rude sau prieten foarte apropiat. Această moarte este prezentată ca datorată unor circumstanţe deosebit de dramatice, violente, impresionante, iar persoana decedată este prezentată ca foarte tînără. Această falsă relatare este uneori deosebit de dificil de verificat în absenţa unor martori care să confirme evenimentul.

57. **V-CLINE$^{(M)}$** SUA — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acţiune marcat sedativă, hipnotică şi antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

58. **VECTOR** (cf. lat. *vector* „care transportă") ● Translaţie a unui spaţiu prin care se asociază fiecărui punct P un punct Q, astfel încît segmentele orientate care unesc punctele cu imaginile lor sînt paralele şi au aceeaşi lungime. Vectorul poate fi caracterizat prin perechea ordonată (x_1, y_1), unde x_1 reprezintă coordonatele originii P a vectorului şi y_1 reprezintă coordonatele extremităţii Q a vectorului. Vectorii sînt folosiţi pentru modelaraa fenomenelor care prezintă o dinamică ce se caracterizează prin direcţie, sens şi viteză. Astfel, vectorii sînt folosiţi pentru modelarea forţelor, fluxurilor din fizică. În psihologie sînt utilizaţi pentru modelarea matematică a instinctelor, motivaţiilor, scopurilor şi aspiraţiilor.

59. **VECTORI AI ABORDĂRII PSIHOTERAPEUTICE** ● Direcţie fundamentală de abordare a terapiilor, bazată pe principalele modalităţi de dezvoltare a fiinţei umane. Aceste abordări permit integrarea echilibrată a terapeutului în acele modalităţi de terapie care îi permit exprimarea plenară a aptitudinilor şi disponibilităţilor sale cu rezultate pozitive asupra procesului de vindecare. Pot fi delimitaţi următorii factori :

● vectorul raţional — cunoaşterea şi învăţarea care pătrund ascendent în structurile personalităţii :
  - — psihanaliza ;
  - — terapia raţional-emotivă ;
  - — analiza tranzacţională ;
  - — terapii comportamentale ;
  - — Dasein-analiza ;

● vectorul neuromuscular — definit prin tonusul, relaxarea şi mişcarea musculară însoţită de modificări respiratorii şi reacţii emoţionale :
  - — bioenergetica ;
  - — rolfingul ;
  - — relaxarea de tip Alexander ;
  - — dansterapia ;
  - — terapia reichiană ;
  - — metoda Feldenkreis ;

● vectorul interpersonal — definit de relaţiile interumane :
  - — grupurile ;
  - — psihodrama ;
  - — terapia familială ;
  - — Gestaltterapia ;

● vectorul imaginativ — caracterizat prin experienţe interpersonale, cînd individul evită stimularea din mediul extern :
  - — hipnoterapia ;
  - — psihosinteza ;
  - — reveria dirijată tip Dessoilles ;
  - — sofroterapia ;

● vectorul transpersonal — marcat prin transcendenţa stărilor izolate de conştiinţă :
  - — fenomene parapsihologice ;
  - — psihoterapii derivate din psihologia jungiană ;
  - — meditaţie ;

● vectorul biochimic — schimbări în chimia corpului, determinate fie intern, fie extern :
  - — tratamentul ortomolecular ;
  - — inhalaţii ;

- exerciţii şi proceduri de tip dietă ;
- tratament medicamentos de tip psihotrop (sedative, stimulente, tranchilizante).

O serie largă de psihoterapii pot fi grupate în coordonatele acestei clasificări vectoriale.

60. **VEDETĂ — VEDETISM** (cf. fr. *vedette*) ● Tip de personaj şi de comportament aparţinînd membrului unui grup cu calităţi deasupra mediei grupului, recunoscut şi investit afectiv ca model, erou, performer. Vedeta este cel mai bun, cel mai iubit, cel care se face remarcat, de la care se aşteaptă, în care se investeşte, pe care se pariază, care reprezintă grupul, care „merită" admiraţia, iubirea, răsplata, cel cu care membrii grupului se identifică.

elvis!!..
ELVIS !

Statutul de vedetă implică un rol cu modificarea consecutivă a comportamentului, în funcţie de nevoile afective ale grupului, de imaginea ideală sau de exigenţele activităţii. Adoptarea unui astfel de comportament fără a fi justificat de statutul real de vedetă sau transferarea lui în alte domenii decît în cel în care se manifestă performanţa devine vedetism.

Ca formă manifestă de comportament, vedetismul reflectă nevoia şi convingerea inconştientă a celui în cauză că merită sau obţine necondiţionat şi automat iubirea şi admiraţia. Vedetismul caracterizează preponderent personalităţi demonstrative. Este un fenomen sociologic important în analiza grupurilor.

61. **VEGATAR$^{(M)}$** Finlanda — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acţiune sedativ-hipnotică şi uşor anxiolitică, avînd o singură contraindicaţie ; miastenia.

62. **VEGESAN$^{(M)}$** Elveţia — DCI *Nordazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-anxiolitică, indicat în distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice ; are o bună toleranţă şi o singură contraindicaţie : miastenia.

63. **VEGESTABIL$^{(MC)}$** Argentina ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate cu acţiune diferită, dar care se complementează :

- ● DIPOTASSIUM CLORAZEPAT$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- ● SULPIRID$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat benzamidic.

Are acţiune sedativ-anxiolitică.

64. **VEGETATIV-ENDOCRIN$^{(S)}$ sindrom** (cf. lat. *vegetare* „a pune în mişcare, a însufleţi") ● Asociere a unei vasolabilităţi constituţionale ereditare, cu insuficienţă ovariană şi constipaţie cronică. Paresteziile extremităţilor, vertijul, migrenele, libidoul scăzut sau frigiditatea, întîlnite în acest sindrom, pun probleme dificile de diagnostic diferenţial în psihiatrie.

A fost descris de E. CURTIUS şi K. H. KRUGER în 1952.

65. **VEGHE** — sin. VIGILITATE ; STARE DE VIGILENŢĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STARE DE VEGHE.

66. **VEHEMENŢĂ** (cf. lat. *vehementia* „violenţă") ● Impetuozitate în manifestări sau tonul vocii, prin care se remarcă în comportament unii indivizi. În mod normal, poate însoţi susţinerea unor idei de valoare, afirmarea unor adevăruri în cursul unei expuneri, a unei „dispute" sau poate apărea ca reacţie (cu sau fără note revendicative) la o situaţie de frustrare psihoafectivă.

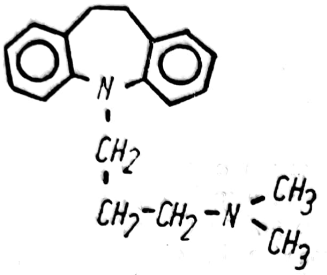
Reprezintă un mod constant de exprimare a trăirilor ideo-afective la personalităţile dizarmonice de tip paranoic, căpătînd uneori aspecte revendicativ-cverulente care atrag imediat atenţia anturajului asupra dizarmoniei structurale a celui în cauză.

Graniţa între vehemenţă şi convingeri delirante este uneori dificil de stabilit în cazul psihozelor paranoiace, dar impenetrabilitatea şi refuzul contraargumentelor, rezistenţa la orice tentativă de contrazicere sînt elementele care tranşează diagnosticul.

67. **VELEITATE** (cf. fr. *velléité* : vezi lat. *velle* „a avea") ● Predispoziţie atitudinală care nu este integrată într-un efort sistematic

de perfecţionare, afirmare şi valorificare, într-o profesiune, ci se manifestă sporadic, fără a avea ca rezultat producţii valoroase, valorificabile social. În cazul fericit, veleităţile se pot realiza în activităţile de loisir (hobby), iar în cazul cel mai nefericit devin o formă de bovarism profesional.

68. **VENEFON$^{(M)}$** Grecia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10, 11-dihidro-5H-dibenz/b, f/azepină, cu spectru larg de acţiune, incluzînd depresia endogenă; se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent: 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze şase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.



69. **VENEROFOBIE$^{(F)}$** (cf. lat. *Venus* (Venera) zeiţa dragostei; gr. *phobos* „frică") ● Teamă patologică de boli venerice $\xrightarrow{sin.}$ CHIPRIDOFOBIE$^{(F)}$.

70. **VENTRICULOGRAFIE** (cf. lat. *ventriculus*; gr. *graphein* „a scrie") ● Metodă de explorare radiologică a ventriculilor cerebrali, constînd în introducerea directă în sistemul ventricular (în coarnele occipitale sau frontale ale ventriculilor cerebrali) a unei cantităţi de aer sau a unei substanţe de contrast radioopace, cu ajutorul unui trocar, prin găuri de trepan. Este o investigaţie de interes exclusiv neurochirurgical, efectuată în vederea punerii în evidenţă a unor neoformaţii ce deformează ventriculii laterali (tumori, anevrisme, hematoame etc.) → PNEUMOENCEFALOGRAFIE.

71. **VENTRICULUL III$^{(S)}$ sindrom** ● Simptomatologia este determinată de lezarea structurilor din jurul ventriculului III. În ordinea frecvenţei apariţiei, se observă:

- sindrom de hipertensiune intracraniană, în 60—70% din cazuri;
- crize comiţiale majore sau jacksoniene, în 50% din situaţii;
- pareze discrete, tulburări de coordonare, simptome extrapiramidale;
- simptome legate de leziuni ale nervilor cranieni;
- crize diencefalice (PENFIELD): tahicardie, polipnee, roşeaţa feţei, hiperlăcrimare, midriază, hipersalivaţie;
- tulburări endocrine: hiperglicemie, diabet insipid, obezitate;
- tulburări psihice: hipomnezie pînă la sindrom Korsakov, depresie, anxietate, dezinhibiţii instinctuale, deteriorare psihică, tulburări caracteriale.

72. **VERACTIL$^{(M)}$** Anglia — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (—)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică şi valenţe antidepresive şi anxiolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de LEVOMEPROMAZIN$^{(M)}$.

73. **VERAGUTH$^{(S)}$ simptom** ● Modificarea mimicii prin ridicarea pleoapelor şi a treimii interne şi medii a sprîncenelor, în depresie. Aceste modificări dau expresiei bolnavului un aer de extremă tristeţe.

74. **VERATRAN$^{(M)}$** Franţa — DCI *Clotiazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-clorfenil)-7-etil-1, 3-dihidro-1-metil-2H-tieno/2, 3-e/-1, 4-diazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică în principal şi sedativă, în secundar. Există pericolul dependenţei şi apariţiei sevrajului la întreruperea totală a tratamentului.

75. **VERAX$^{(M)}$** Mexic — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2, 3-dihidro-2, 2-didicroxi-5-fenil-1H-1, 4-benzodiazepin-3-acid carboxilic, cu acţiune anxiolitic-miorelaxantă şi sedativă. Buna sa toleranţă şi efectele sedativ-hipnotice modeste îi conferă o largă utilizare.

76. **VERBAL** (cf. lat. *verbum* „cuvînt") ● Manifestarea prin voce (prin rostirea cu voce tare) în opoziţie cu manifestarea prin scris. Adjectivul califică nivelul exprimării prin cuvinte (→ LIMBAJ). Verbal nu se identifică cu logic (ceea ce se transmite la nivel verbal nu este în mod necesar ceea ce se petrece la nivel logic, dar se pot produce inferenţe de la verbal la logic).

77. **VERBAL$^{(D)}$ delir** ● Delir maniacal, denumit astfel de SÉGLAS, avînd drept caracteristici mobilitatea, improvizaţia, hiperboli-

zarea şi metafora. Conţinutul tematic, în raport cu dispoziţia euforică, este de bogăţie, succes, generozitate şi grandoare. Aderenţa la delir este puternică şi se bazează pe convingerea că totul este posibil şi aranjabil (împotriva oricărei evidenţe logice).

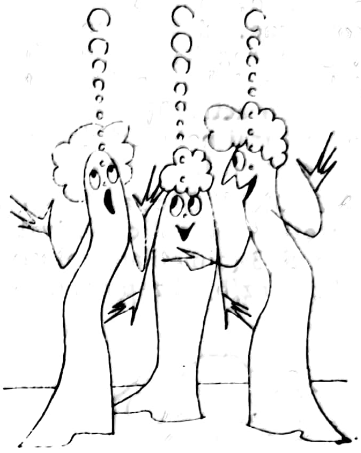
78. **VERBALE$^{(H)}$ halucinaţii** ● Halucinaţii auditive cu conţinut verbal, cuvinte, propoziţii, fraze care pot avea fie caracter de senzorialitate, fie de „voci interioare" (pseudohalucinaţii). Pot avea un caracter stereotip sau aleator sau pot fi integrate într-un discurs coerent. Sub raport comportamental, pot antrena atitudini de ascultare din partea subiectului, pot avea caracter imperativ, impunîndu-i subiectului anumite acţiuni sau, după o evoluţie îndelungată, pot lăsa subiectul indiferent (considerîndu-le prezente, neplăcute, dar fără a mai fi atent la conţinutul lor).

Halucinaţiile verbale psihosenzoriale au caracter de senzorialitate şi obiectivitate spaţială ; H. EY arată că ele sînt întotdeauna delirante, adică însoţite de convingerea de nezdruncinat a subiectului în evidenţa lor. Acest tip de halucinaţii se întîlneşte în psihozele alcoolice, în alte circumstanţe organice (intoxicaţii, senilitate, surditate etc.) şi în psihozele schizofrenice.

Halucinaţiile psihice verbale sînt marcate de absenţa senzorialităţii şi subiectivităţii, de caracterul straniu şi xenopatic. Circumstanţele în care se întîlnesc aceste tipuri de halucinaţii verbale sînt psihozele schizofrenice, delirurile cronice şi psihozele halucinatorii cronice. De asemenea, din categoria halucinaţiilor verbale fac parte aşa-numitele halucinaţii psihomotorii, descrise de SÉGLAS, în care accentul cade pe componenta motorie a halucinaţiilor verbale. Autorul subliniază că pseudohalucinaţiile verbale de acest tip sînt fenomene de hiperendofazie. Tot în grupa halucinaţiilor verbale intră o serie de fenomene care fac parte din sindromul de automatism mintal Kandinski-Clérambault : comentariul gîndurilor, fenomenele de ecou al gîndirii, triplul automatism (motor, ideator şi ideo-verbal).

79. **VERBALE$^{(I)}$ iluzii** ● Tip de iluzii auditive descrise de GUSIKOV, constînd în perceperea eronată, distorsionată a cuvintelor de către bolnav, care ulterior conferă şi semnificaţie greşită mesajelor verbale.

80. **VERBALISM** (cf. lat. *verbum* „cuvînt" ● Tendinţa spre manifestare verbală excesivă, spectaculoasă, dar la un nivel superficial-formal de comunicare, cu deficit de comprehensiune. Verbalismul este o tendinţă intelectuală de a da o mai mare importanţă cuvintelor decît ideilor care se exprimă prin cuvinte. În verbalism apare o golire de semnificaţie care atinge un grad maxim în discursul psihoticului. În exagerări ale normalului (personalităţi accentuate, dizarmonice), verbalismul poate fi manifestare-simptom a unei trebuinţe de autovalorizare prin dorinţa de a crea impresie puternică (pozitivă) interlocutorului.



Ca metodă clasică de învăţămînt, verbalismul constă în preluarea şi fixarea unor informaţii pe bază de memorie mecanică şi cu participare minimă a raţionamentului şi gîndirii logice ; subiectul care învaţă are rol pasiv, profesorul fiind cel care predă şi transmite într-o manieră autoritară. Opus acestei metode s-a dezvoltat orientarea care pune accent, în învăţare, pe explorare, pe gîndirea euristică, pe creativitatea şi inventivitatea subiectului. Învăţarea prin gîndire (logica învăţării), prin stimularea capacităţii de a descoperi şi a face legături între obiecte, fenomene, relaţii, se apropie de demersurile operaţionale din logica ştiinţei.

81. **VERBALIZARE — acţiune de** ● Proces specific uman bazat pe folosirea celui de al doilea sistem de semnalizare şi constînd în denumirea obiectelor şi fenomenelor, precum şi în exprimarea percepţiilor, senzaţiilor ideilor, sentimentelor prin intermediul cuvintelor. S. RUBINSTEIN consideră că verbalizarea este o modalitate de conştientizare : prin verbalizare, persoana înţelege semnificaţia informaţiilor codificate la diferite niveluri. În cura analitică, verbalizarea (metoda asociaţiilor libere) este o modalitate prin care se exteriorizează materialul interpretabil, acel material care conţine, în diverse forme, conţinuturi inconştiente, implicate în etiologia diverselor tulburări psihice.

În psihopatologie, datorită modificărilor psihice la diferite niveluri de intensitate (gravitate simptomatică), acțiunea de a verbaliza suferă modificări, în sensul unor dificultăți de vorbire corespunzătoare unor dificultăți de comunicare. În psihozele schizofrenice grave, destructurările de limbaj sînt, în ansamblul lor, expresia destructurării personalității, a procesului masiv de regresie, pînă la pierderea relațiilor obiectuale. Acțiunea de a verbaliza presupune cu necesitate capacitatea de semnificare a persoanei. Verbalizarea psihoticului constituie o dispersare a sensului și a semnificației, într-un proces de prăbușire a semnificantului (cuvîntului). La nevrotic, acțiunea de verbalizare rămîne intactă, căpătînd anumite particularități în funcție de specificul nevrozei.

82. **VERBIGERAȚIE** (cf. lat. *verbigerare* „a trăncăni, a sporovăi") — sin. CATAFAZIE ; LITANIE DECLAMATORIE (CHASLIN) ● Repetarea fără nici o ordine, automată, a cuvintelor sau propozițiilor, care sînt golite de sensul lor logic, fiind înglobate într-un discurs cu ton declamator, patetic, cîntător, în contrast evident cu manierismul mimicii.

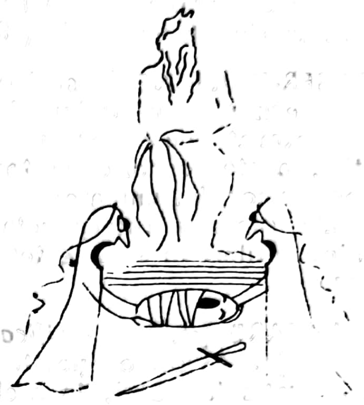
Semnalat de KAHLBAUM (1864), CHASLIN (1912), JASPERS (1922), BOBON (1952), simptomul este considerat patognomonic pentru schizofrenie (unde se întîlnește alături de alte tulburări de limbaj sau grafie : neologisme, cifre sau semne de punctuație, „salata de cuvinte"). DESCHAMPS și LÔO (1980) citează și posibilitatea apariției simptomului în cadrul sindroamelor demențiale, în sindromul confuzo-oniric, în epilepsie și afazie (datorită parafaziei și jargonofaziei). MARCHAIS menționează verbigerațiile halucinatorii ca variante indescifrabile ale halucinațiilor auditive.

83. **VERBOCROMIE** (cf. lat. *verbum* „cuvînt" ; *chroma* „culoare") ● Senzație cromatică de însoțire a unor cuvinte pe care subiectul o percepe. Face parte din grupa senzațiilor secundare și este un fenomen fără o semnificație patologică precisă.

84. **VERBOMANIE** (cf. lat. *verbalis* „verbal" ; gr. *mania* „nebunie") ● Tulburare a limbajului vorbit și a gîndirii, care constă într-o accelerare și precipitare în exprimarea discursului (ca urmare a accelerării ritmului ideativ), precedînd verbigerația din sindromul maniacal.

85. **VERDICT** (cf. fr. *verdict*) ● Hotărîre, opinie definitivă care nu admite contrazicere, provenită din răspunsul dat de jurați în legătură cu vinovăția/nevinovăția unui acuzat.

Există unele situații în practica medicală în care medicul joacă, fără să vrea, rolul „juraților), iar „acuzatul" este bolnavul așezat pe o bancă pe care nu și-a dorit-o niciodată. Stabilirea gradului de incurabilitate a bolii, pe care medicul trebuie să îl aducă la cunoștință pacientului și familiei sale este similară cu pronunțarea unui verdict.



Cancerul, bolile neurologice degenerative și, mai recent, SIDA reprezintă circumstanțe în care pronunțarea diagnosticului este similară cu verdictul implacabil al sfîrșitului, de spectrul inexorabil al morții. Pus în fața acestei situații, în care nu are de ales (în cazul cînd medicul, familia bolnavului și bolnavul însuși decid ca oportună comunicarea adevăratului diagnostic), pacientul va reacționa conform personalității sale anterioare, aflată în contextul biopsihologic particular. Resemnarea, supracompensarea, disperarea, suicidul sînt cîteva din modalitățile prin care pacienții pot reacționa în fața adevărului crud al unei boli fără scăpare. Responsabilitatea medicului curant, a psihiatrului, finețea sa psihologică împletită cu măsuri psihoterapeutice adecvate profilului personal al bolnavului, la care se pot adăuga uneori măsuri chimioterapeutice, reprezintă posibilități de acțiune, avînd ca scop sprijinul umanitar, de susținere a semenilor împotriva forței iraționale a morții.

86. **VEREDEN$^{(M)}$ Italia — DCI *Metilpentinol carbamat*** ● **Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol carbamat, cu acțiune sedativ-hipnotică, miorelaxantă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.**

87. **VERGA Andrea (1811—1895)** ● **Psihiatru italian, considerat părintele psihiatriei moderne italiene. A studiat medicina la Pavia și și-a început cariera medicală prin studii de anatomie privind articulația tibio-tarsiană ; după 1743 este atras din ce în ce mai mult de neurologie, psihiatrie și implicațiile medicolegale ale bolilor neuropsihice.** A condus Casa

de sănătate mintală de la San Celso, apoi Azilul de la Senavra, iar din 1865 — Spitalul General din Milano; a predat psihiatria în cadrul Universităţii din Milano.

A editat prima publicaţie psihiatrică italiană „Suplimentul psihiatric al ziarului medical italian" (1852). S-a preocupat de unificarea nosografiei şi a obţinut marele premiu al Societăţii Medico-Psihologice din Paris pentru lucrarea sa privind halucinaţiile (1864).

88. **VERGER-DÉJÈRINE(8) sindrom** ● Sindrom caracterizat prin tulburări senzitive corticale contralaterale, pierderea discriminării tactile, a stereognoziei şi topognoziei. Este datorat unor leziuni ateromatoase sau embolice ale şanţului interparietal (traiect silvian), fiind întîlnit în stadiile terminale ale demenţelor.

89. **VERIFICARE** (cf. lat. *verificare* „a stabili, a dovedi") ● În psihologie, termenul se referă la operaţia logică şi, în acelaşi timp, pragmatică de stabilire a caracterului adevărat sau fals al unei ipoteze sau concluzii, al unei acţiuni (activităţi), mai mult sau mai puţin finalizate, al unui program etc. Este o operaţie necesară în special în activitatea de cunoaştere şi cercetare ştiinţifică, în acţiunile ce implică risc (măsură de diminuare a riscului), trimiţînd la trăsătura caracterială numită prudenţă.

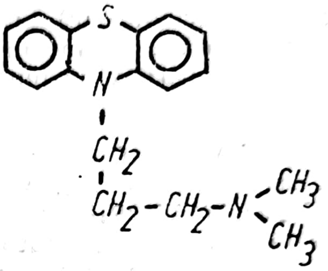
În psihopatologie noţiunea se leagă de nevroza obsesională, în care excesul de prudenţă (grija permanentă pentru rigoare, exactitate) la nivel comportamental determină operaţii de verificare ce devin inutile, întrucît constituie reluări nejustificate ale unei tentative (conduite) iniţiale de asigurare; verificarea trimite la perfecţionism şi se transformă în manifestare simptomatică (în atitudine nevrotică, depăşindu-şi astfel statutul de simplă operaţie).

90. **VERITAB(M)** SUA — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acţiune marcat sedativă, hipnotică şi antiemetică. Se utilizează, în special, în asociere cu NL incisive.

91. **VERNET[8] semn** — sin. SEMNUL CORTINEI ● Deplasare a peretelui posterior al faringelui, care determină aspectul de cortină. Este urmarea paraliziei muşchilor constrictori faringieni, prin lezarea nervului glosofaringian homolateral. Se întîlneşte în paralizia generală progresivă, demenţe.

92. **VERNET(8) sindrom** ● Sindrom care prezintă un tablou clinic complex, datorită afectării în totalitate a nervilor cranieni ce emerg prin gaura ruptă posterioară (IX, X, XI). Include tulburări motorii, cu paralizie laringo-faringiană şi tulburări senzitive, cu anestezie laringo-faringiană şi abolirea gustului în treimea posterioară a limbii, labilitate afectivă, rîs şi plîns spasmodic, deteriorare intelectuală. Evoluţia durează cîteva luni pînă la un an, moartea survenind prin pneumonie consecutiv aspiraţiilor alimentare.

93. **VEROPHEN(M)** Germania — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă inferioară clorpromazinei şi antiemetică. Este util în tratamentele de întreţinere ale psihozelor cronice şi în stările psihopatoide.



94. **VEROSIMIL** cf. lat. *verosimilis*; vezi *verum* „adevăr"; *similis* „asemănător") — sin. PLAUZIBIL, PROBABIL, POSIBIL ● Atribut desemnînd ceea ce pare adevărat, ceea ce are aparenţă de realitate. În patologie, noţiunea de verosimil, legată de limbaj, a intrat ca o categorie specială în studiile de analiză semantică (Julia KRISTEVA), bazate pe confruntarea semiologiei şi psihanalizei, efectuate asupra discursului bolnavului psihic. Aceste studii au avut în vedere, pe de o parte, tipurile de forcluziuni specifice discursului psihotic, înţelegînd prin psihoză „criza de adevăr a limbajului", pe de altă parte, strategiile discursului (categoriile morfologice şi sintaxice, amenajările intersubiective) în arhitectura enunţului, în elaborarea unităţilor discursive.

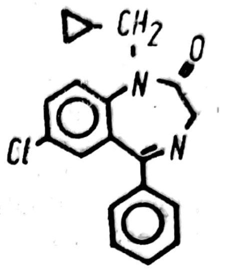
Noţiunea de verosimil legată de discurs în genere s-ar defini ca acel enunţ (sau înlănţuire de enunţuri) care, fără a fi adevărat, se află cel mai aproape de real (discursul verosimil este discursul cel mai apropiat de discursul cel mai asemănător cu realul). Verosimilul revine la o deplasare secundară a adevărului. În concepţia lui FREUD, funcţia intelectuală aparţine imaginarului, iar cea afectivă — simbolicului. Operaţia de verosimilizare este o operaţie imaginară, care menţine refulat adevărul; ea constituie o negare a negării, o acceptare sau recunoaştere intelectuală a adevărului, dar, din punct de vedere afectiv, adevărul rămîne refulat. Dubla negație intelectuală reprezintă operația de verosimilizare (de exemplu, într-o cură psihanalitică, un pacient are un vis și nu se recunoaște pe sine într-unul dintre personajele visului, dar la un moment anume al curei, pacientul poate afirma : „da , așa este, am greșit negînd că acel personaj aș fi eu" — afirmația pacientului devine verosimilă, dar ea nu este realizată ca atare și din punct de vedere afectiv).

Problema verosimilului este studiată, în special, în discursul nevroticului obsesional (Jean-Michel RIBETTES) ; obsesionalul are o preocupare accentuată pentru verosimil, căutînd în permanență să asigure consistența celor enunțate. Din această perspectivă, obsesionalitatea s-ar defini ca o „nevroză a verosimilului". Subiectul trăiește cuvîntul ca pe un risc, discursul devine o experiență hazardată. La obsesional, acțiunea de verosimilizare are o funcție refulată ; densitatea discrusului provine din faptul că refularea echivalează cu un fel de luptă fără sfîrșit, cu permanente eșecuri. Cura analitică trebuie să aibă ca prim scop distrugerea operației de verosimilizare, operație sau proces care împiedică pacientul să facă asociații libere. Verosimilul reprezintă o saturație a refulării (Jean-Michel RIBETTES), dedublează aparentul și îl ascunde, realizînd confruntarea puterii de a zice cu dorința de a zice. Fără a fi adevărat și absolut, verosimilul este ceea ce se promite ca etern, reprezentînd opinia majorității, Supraeul social și cultural, adică o cenzură care-și ascunde propria activitate. Adevărul este non-referențial ; verosimilul este referențial (sistemul de referință al oricărui discurs constă într-un alt discurs verosimil) și determină o mascare a adevărului inconștient, transformîndu-l, printr-o strategie discursivă, într-o informație sau cunoștință.

Psihoza ar fi un discurs al adevărului subiectiv ; în delir, adevărul subiectiv se manifestă direct, abrupt, ca o certitudine (psihoticul reconstruiește lumea, încercînd o dezmințire a realității, adică a ceea ce este colectiv, deci general, deci verosimil). La nevrotic, dorința nu se poate rosti ca atare ; ceea ce nevroticul rostește nu este identic cu ceea ce el dorește. La obsesional, verosimilul capătă o valoare discursivă autonomă, independentă de relația adevărat-fals, adevărul se modelează după verosimil ; operația permanentă de verosimilizare este, practic, o refulare a adevărului dorinței ; existența obsesionrlului devine o renunțare infinită la „a trăi cu adevărat".

95. **VERSATILITATE TIMICĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **LABILITATE EMOȚIONALĂ.**

96. **VERSTRAN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1, 3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică și sedativă, ușor hipnotică. Nu se va administra în timpul sarcinii.



97. **VERTEX** (cf. lat. *vertex* „creștet, culme, vîrf") ● Noțiune anatomică ce se referă la punctul cel mai înalt în plan sagital al unei formațiuni (vertex corneae, vertex vesicae urinariae etc.). Cel mai frecvent este folosit pentru a denumi punctul cranian cel mai înalt, situat pe fața externă a cutiei craniene orientată în plan orizontal.

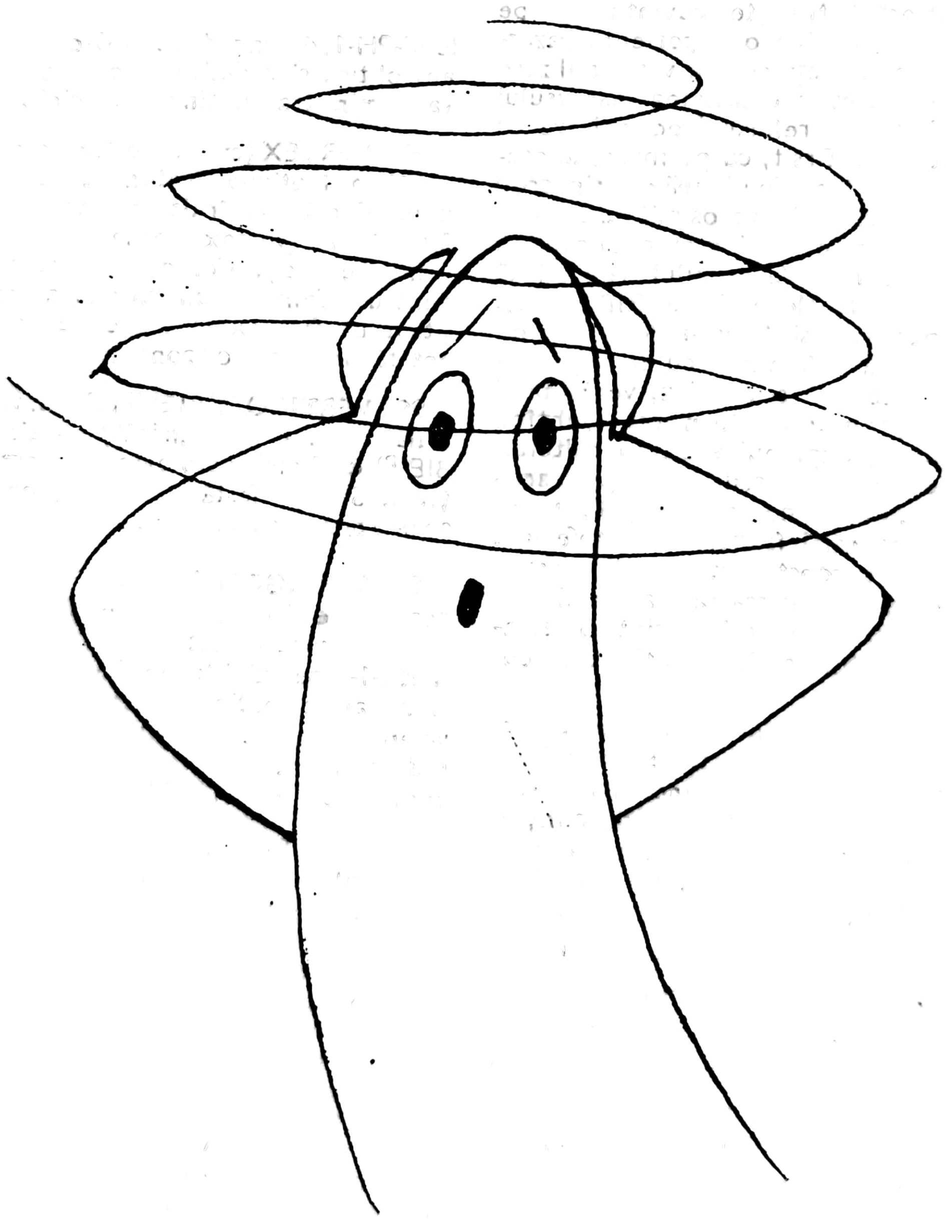
98. **VERTIGOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. lat. *vertigo* „amețeală" ; gr. *phobos* „frică") — sin. DINOFOBIE$^{(F)}$ ● Teamă patologică de vertij, de amețeală. Se manifestă în isterie, nevroză obsesivo-fobică, nevroză anxioasă, psihastenie etc.

99. **VERTIGON**$^{(M)}$ Anglia — DCI *Proclorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-clor-10-/3-(4-metil-1-piperazinil)propil/-fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL$^{(M)}$.

100. **VERTIJ** (cf. fr. *vertige* ; vezi lat. *vertigo* „amețeală") — sin. AMEȚEALĂ ● Senzație falsă de deplasare a propriei persoane sau a obiectelor din jur, asociată cu imposibilitatea aprecierii exacte a poziției corpului în spațiu și cu o stare psihică de rău ce poate ajunge pînă la anxietate. Crizele vertiginoase, frecvente în practica medicală, reprezintă un complex de tulburări subiective paroxistice, legate de funcția echilibrului. Ele includ atît senzațiile de rotire, deviere în mers sau de plutire, cît și cele de nesiguranță în condiții obișnuite de statică și deplasare.

Vertijul poate fi spontan sau provocat, paroxistic sau comun, normal sau cu semnificație patologică, iar după sediul topografic al procesului cauzal, se clasifică în: labirintic, vestibular și central.

- Vertijul labirintic are cîteva particularități care-l deosebesc de cel epileptic. Este în general intermitent, sub formă de paroxism, acompaniat de grețuri, vărsături și tulburări vasomotorii și nu este însoțit de pierderea cunoștinței. Forme particulare de vertij labirintic sînt constituite de vertijul paroxistic din răul de mare, din răul de avion, vertijul Ménière și cel de cauză toxică, vertijul de ascensor, cel al înotătorilor etc.
- Vertijul de origine vestibulară, produs de suferința nervului vestibular, este de intensitate medie și poate avea caracter paroxistic menieriform, cu exacerbări la mișcările capului.
- Vertijul central apare în cursul unor afecțiuni neurologice de diverse etiologii. Nu are caracter rotator deși poate prezenta și el exacerbări paroxistice la mișcări rapide ale capului. Definitorie pentru această formă de vertij este nesiguranța permanentă în menținerea echilibrului, cu dificultatea și imposibilitatea deplasării. Ca forme clinice de vertij central pot fi amintite: paroxismul vertiginos de origine traumatică, vertijul paroxistic menieriform de origine vasculară și vertijul paroxistic epileptic. Acestea se diferențiază de celelalte forme de vertij cu aspect paroxistic prin alterarea cunoștinței și apariția vertijului fie independent, fie alternînd cu



alte accese de epilepsie temporală, fie ca aură în cadrul unei crize epileptice convulsive majore, generalizate secundar. Electroencefalografic intracritic sînt prezente anomalii paroxistice cu focalizare temporală, iar intercritic se decelează focare iritative cu sediul temporal.

Crizele migrenoase reprezintă forme particulare de cefalee, predominant unilaterală, cu apariție paroxistică, durată variabilă și polimorfism clinic. Nu sînt însoțite niciodată de pierderea conștiinței și sînt constituite din trei faze distincte :

- prodromală (prodroame vizuale — linii luminoase, paralele, drepte, curbe, pete luminoase sau puncte ; prodroame acustice — acufene, hipoacuzie unilaterală, halucinații auditive ; prodroame psihice — anxietate, euforie, astenie, bradipsihie etc.) ;
- faza de exacerbare, avînd ca simptom dominant cefalgia unilaterală, cu posibilitatea generalizării, însoțită de grețuri, vărsături, vertij ;
- faza de estompare a crizei.

Relația migrenă-epilepsie este considerată o realitate și este fundamentată pe coexistența ambelor maladii la același individ sau independent, la membrii aceleiași familii, precum și de date electroencefalografice. Astfel, pe traseele electroencefalografice ale migrenoșilor s-au observat anomalii iritative, cu localizare predominant temporală, unilaterală de partea cefaleei, iar faptul că unii migrenoși au pragul convulsivant foarte mult scăzut, întocmai ca și în epilepsie, permite concluzia că epilepsia și unele migrene pot aparține aceleiași entități nosologice.

101. **VERTIJ AURICULAR** — sin. CLAUDICAȚIE INTERMITENTĂ LABIRINTICĂ ● Afecțiune caracterizată prin : vertij, surditate, acufene, grețuri, vărsături, apărînd în crize cu durată variabilă $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MÉNIÈRE$^{(S)}$ sindrom.

102. **VERTIJ LARINGIAN (CHARCOT)** ● Ictus laringian, „tuse sincopală“, caracterizat prin pierderea cunoștinței în timpul unui acces sever de tuse, survenind la un bolnav cu obstrucție traheobronșică. Este datorat împiedicării întoarcerii sîngelui venos, prin hipotensiune intraaortică de moment, sau unei creșteri a presiunii intracraniene.

Fenomenul este însoțit de o anxietate marcată pe care bolnavul o resimte o lungă perioadă după acces, el fiind permanent preocupat de posibilitatea apariției altei crize.

103. **VERTIJ MINTAL** ● Vertij însoțit de anxietate, determinat de o senzație de teamă nemotivată.

104. **VERTIJ NESISTEMATIZAT** ● Formă atipică de vertij în care lipsește impresia de rotație, manifestîndu-se clinic prin torpoare pasageră, lipsa de siguranță în mers și staționare, anxietate, senzație de leșin iminent ; are origine vasculară.

105. **VERTIJ OPTOKINETIC** ● Vertij care survine la deplasarea rapidă a obiectelor (peisajelor) prin fața ochilor.

106. **VERTIJ DE ORIGINE CENTRALĂ** ● Vertij de tip rotator, determinat de schimbările poziției corpului, însoțit de anxietate și senzație iminentă de leșin ; este consecutiv sindroamelor vasculare de trunchi cerebral. Se deosebește de vertijul periferic prin absența semnelor cohleare asociate.

107. **VERTIJ PARALIZANT (GERLIER)** ● Boală cu etiologie necunoscută, caracterizată prin atacuri paroxistice de vertij și paralizie temporară a musculaturii voluntare a membrelor și a unor nervi cranieni. A fost descris de Felix GERLIER (1840—1914).

108. **VERTIZINE**$^{(M)}$ SUA;
VERTROL$^{(M)}$ SUA
— DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-piperazină, cu acțiune sedativă marcată, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

109. **VESANIC** (cf. lat. *vesanus* „nebun, fără minte“) ● Termen ieșit din actualitate, creat de vechii autori prin antiteză cu „organic“, pentru a denumi acele psihoze cronice (sau demențe) cărora nu li se putea demonstra un substrat lezional cerebral. Este creat de SAUVAGE (1763) și apare pentru prima dată în lucrarea sa „Nosologia methodica“. RÉGIS le numește psihoze esențiale (opunîndu-le celor asociate, respectiv organice), așezînd sub semnul îndoielii această distincție pe care o consideră arbitrară și rezervînd termenul, după opinia sa, numai acelor boli mintale în care tulburările psihice nu se însoțesc de nici o leziune cerebrală decelabilă și de nici un fel de tulburare apreciabilă a funcțiilor organice importante. În acest sens, KAHLBAUM vorbea, în 1882, de „vesania typica circularis“, referindu-se la formele cronice de ciclotimie și de „vesania anomala“, pentru o formă particulară a excitației maniacale.

110. **VESELIE** ● Emoţie pozitivă cu caracter primar, caracterizată printr-o stare de bună dispoziţie, de mulţumire interioară ; reprezintă opusul tristeţii. Această emoţie recunoaşte în determinismul său o multitudine de cauze : realizarea unei activităţi intelectuale, îndeplinirea unei dorinţe, o surpriză plăcută etc. Subiectul devine expansiv, comunicativ, starea afectivă reflectîndu-se în întregul său comportament prin mimică şi gesturi corespunzătoare, tendinţa la ilaritate. Ca stare afectivă pozitivă, emoţia este însoţită de modificări fiziologice : creşterea amplitudinii şi frecvenţei respiratorii, vasodilataţie periferică, creşterea tensiunii, creşterea metabolismului bazal şi a secreţiilor. Variantele sale patologice sînt veselia patologică şi euforia.

111. **VESELIE PATOLOGICĂ** ● Stare specifică situaţiilor în care afectivitatea este perturbată în cadrul unor tulburări psihopatologice cu etiopatogenie diferită. În descrierile lui Rogues de FURSAC sînt diferenţiate două forme ale veseliei patologice :

- o formă calmă, caracterizată printr-o stare de satisfacţie, o bucurie vagă — întîlnită în paralizia generală, tuberculoza în stadiile terminale, debilitate mintală ; trăirile cele mai intense aparţinînd acestei forme sînt reprezentate de stările extatice;
- o formă activă, exuberantă, zgomotoasă, care se întîlneşte în manie, în unele deliruri toxice, episoade de agitaţie ale paraliziei generale, parafrenie, schizofrenie, pseudobulbarism.

În practica clinică, granita dintre veselia patologică şi euforie rămîne însă greu de stabilit.

112. **VESITAN$^{(MC)}$** Elveţia, Germania ● Produs terapeutic ce conţine două medicamente tipizate cu acţiune diferită care se complementează :

- TIOPROPAZAT$^{(M)}$ — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- CLOFENCICLAN$^{(M)}$ — nooanaleptic, derivat dimetilaminoetanolic.

Are acţiune sedativ-anxiolitică.

113. **VESPARAL$^{(M)}$** SUA ;
VESPRAL$^{(M)}$ SUA ;
VESPRIN$^{(M)}$ Canada

— DCI *Triflupromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acţiune sedativă, antiemetică, anxiolitică. Diminuează efectele L-dopa. Influenţează reacţiile conducătorilor auto.

114. **VESTIBULARE$^{(H)}$ halucinaţii** (cf. lat. *vestibulum* „vestibul, intrare") ● Fenomene de tip halucinator legate de participarea aparatului labirintic la proiecţia imaginilor. S-a putut demonstra declanşarea unei producţii poropsice în mişcare prin excitaţie labirintică (SCHILDER şi HOFF). Autori ca STENVERS, LHERMITTE, MORGUE, HEYICK, HESS, HECAEN au raportat o serie de asocieri halucinatorii, în care halucinaţiile vizuale erau întotdeauna prezente, fiind acompaniate de tulburări de percepţie spaţială, somatognozică, kinestezică, în care s-a putut demonstra participarea aparatului vertibular. Sînt fenomene reale, legate întotdeauna de o leziune organică a analizatorului acustico-vestibular.

115. **VESTIMENTAŢIE** (cf. lat. *vestimentum* „îmbrăcăminte, haină") ● Totalitate a aspectelor care ţin de modul în care se îmbracă o persoană. Împreună cu felul în care aceasta se îngrijeşte, cu mimica, gestica, expresia verbală, atitudinea, oferă relaţii cu privire la aspectele comportamentale care ţin de personalitatea normală sau de stări patologice. Poate fi considerată un mod de comunicare non-verbală. O vestimentaţie dezordonată, în concordanţă cu o ţinută generală dezordonată, se întîlneşte în oligofrenii, demenţe, schizofrenie, manie, stări confuzionale. Rafinamentul vestimentar exagerat se observă la subiecţii isterici, homosexuali, schizofreni. O vestimentaţie excentrică adoptă uneori schizofrenii, maniacalii (reflectă tendinţele ludice, erotice), bolnavii cu deliruri cronice (concordă cu conţinutul temelor delirante).

În contextul general al ţinutei, cisvestismul desemnează discrepanţa între vestimentaţie şi vîrsta, poziţia socială, situaţia subiectului (se întîlneşte la schizofreni, maniacali, dizarmonici), iar transvestitismul — utilizarea vestimentaţiei sexului opus de către persoane cu sex biologic bine definit (este o perversiune sexuală mai frecventă la bărbaţi homosexuali).

Factorul vestimentar se cere apreciat cu prudenţă în clinica psihiatrică, el fiind tributar influenţelor socio-economice şi culturale. Modificările pe care le suferă în permanenţă moda, al căror ritm s-a accentuat continuu

în epoca contemporană, fac uneori ca o ţinută vestimentară să pară excentrică sau bizară, pînă în momentul asimilării ei de către colectivitate. Tendinţa unor grupuri de adolescenţi şi tineri de a adopta o vestimentaţie cu caracter bizar sau excentric chiar în raport cu moda zilei a fost interpretată ca reacţie a unor subiecţi în dezacord cu societatea, cu normele sale etico-morale. Ne exprimăm rezerva faţă de acest punct de vedere, care nu ţine seama de caracteristicile fenomenului adolescentin, de statutul particular al acestei vîrste, determinat de mutaţiile biologice şi psihologice profunde. Este etapa în care individul îşi descoperă Eul şi redescoperă valorile estetice şi morale, proces care nu întotdeauna decurge lin, fără sinuozităţi şi frămîntări şi a cărui rezolvare necesită înţelegerea şi sprijinul anturajului.

116. **V-GAN$^{(M)}$** SUA — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acţiune sedativ-hipnotică, antihistaminică şi antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN$^{(M)}$.

117. **VIADIL$^{(M)}$** Spania — DCI *Clebosprid* ● Neuroleptic, derivat benzamidic de tip 4-amino-N-(1-benzil-4-piperidil)-5-clor-O-anisamidă, cu acţiune incisivă moderată, unele valenţe antidepresive şi efecte secundare modeste ; are o bună toleranţă.

118. **VIA-QUIL$^{(M)}$** Canada ; **VIANSIN$^{(M)}$** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

119. **VIBROTERAPIE** (cf. lat. *vibrare* „a vibra“ ; gr. *therapeia* „îngrijire“) ● Termen rar utilizat, desemnînd terapia electroconvulsivantă (electroşocul).

120. **VICALMA$^{(M)}$** Portugalia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H 1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

121. **VICIERE A MEDICINII** ● Termen propus de G. V. LAURY, în 1981, pentru a defini în mod plastic unele tendinţe manifestate în SUA, în medicină în general, şi în psihiatrie în mod special. La data respectivă, autorul constata că psihiatrilor americani li se atribuia o poziţie secundară, fără ca schimbarea să pară a fi sesizată de aceştia, în ciuda dezavantajelor evidente.

Transformate în centre psihiatrice (în jurul anilor '70), spitalele de psihiatrie au suferit modificări nu numai sub aspectul denumirii, ci şi sub acela al conducerii ale cărei cadre nu au mai fost recrutate dintre medici, ci dintre non-medici. Noua administraţie a făcut, treptat, dovada că privea pe bolnavii psihici mai degrabă ca pe nişte „materii prime“ decît ca pe nişte fiinţe umane aflate în suferinţă, impietînd asupra bunei desfăşurări a activităţii profesionale a medicilor psihiatri. Cei care s-au ridicat împotriva acestei tendinţe nefireşti au fost consideraţi ca oponenţi, ca apărători ai unor poziţii învechite, deşi, prin noua viziune, li se răpea autoritatea de a-şi îndeplini misiunea.

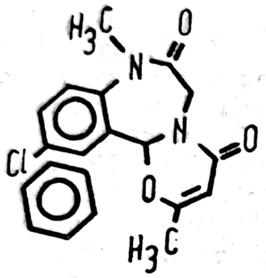
Perioada coincide cu afirmarea „psihoterapeuţilor“ şi a multiplelor, promiţătoarelor şi costisitoarelor „noi terapii“ individuale sau de grup. Lărgirea excesivă a indicaţiilor terapiei de grup a dus implicit la includerea în tratament a unor non-bolnavi care, în mod surprinzător, după ce au parcurs aceste „terapii sălbatice“ au cerut ajutor psihiatric şi a trebuit să fie chiar spitalizaţi.

Se pare că situaţii similare au intervenit şi în alte domenii medicale. După cum se exprimă maliţios autorul citat, cartea de pionierat a ginecologului W. MASTERS, privind tratamentul disfuncţiilor sexuale, „a deschis cutia Pandorei“, deoarece ulterior au apărut mii şi mii de centre de terapie sexuală, ai căror promotori (terapeuţi) se recunoşteau adepţi fideli ai metodei lui MASTERS şi JOHNSON.

Similar în SUA, tehnicienii dentari tind să preia funcţiile stomatologilor, optometriştii şi opticienii pe cele ale oftalmologilor, audiologii pe cele ale oto-rino-laringologilor, tehnicienii radiologi pe cele ale radiologilor etc. În fine, pacienții înșiși tind să joace rolul medicilor, punîndu-și singuri diagnosticul și auto-prescriindu-și medicația. Dovadă este enorma cerință de editare a cărților de medicină popularizată, care depășește de două ori totalul medicilor (incluzîndu-i pe pensionari și pe cei care nu au practicat niciodată).

Deplîngînd situația medicilor de pe continentul nord-american în comparație cu a celor din Europa, psihiatrul american pledează pentru competență și responsabilitate în îndeplinirea profesiunii de medic.

122. **VICIL N$^{(M)}$** Argentina — DCI *Viloxazină* ● Antidepresiv timoleptic cu o structură chimică aparte, de tip 2-/(0-etoxi-fenoxi)metil/morfolină, indicat în depresiile endogene, schizofrenie și epilepsie cu componentă depresivă. Nu are acțiune anxiolitică și nici sedativă, necesitînd asocierea.



123. **VICIU** (cf. lat. *vitium* „defect, greșeală, viciu") ● Deficit al conduitei morale prin alterarea/deformarea unor trebuințe. Se înscrie, după H. EY, în limitele perversității normale, ca anomalie a conștiinței morale, care nu este, prin ea însăși, o maladie. Viciul reprezintă o căutare exacerbată a plăcerii, a unei plăceri ieșite din comun. Este vorba despre o conduită determinată de tendințe instinctuale, care se satisfac nu în forma lor brută, ci în mod distanțat în raport cu finalitatea primitivă. Viciul este provocarea unei plăceri artificiale, presupunînd rafinament, exces, cinism, cultivare a unei malignități evoluate și diferențiate. Ca manifestare a răului, viciul nu este maladie mintală, ci o alegere dirijată, rafinată, căutată, din dorința de a proceda în obținerea plăcerii, după o „morală contrarie", opusă moralei obișnuite.

124. **VICTAN$^{(M)}$** Franța ● DCI *Etilloflazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip etil-7-clor-5-(0-fluorofenil)-2, 3-dihidro-2-oxo-1H-1,4-benzodiazepin-3-carboxilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică.

125. **VICTIMOLOGIE** (cf. lat. *victima* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs") ● Disciplină științifică, reprezentînd „reversul criminologiei" în înțelegerea raporturilor care se stabilesc între victimă și agresor în cadrul „complexului criminogen" ; studiu al victimelor unor acțiuni criminale și a tot ceea ce este legat de asemenea victime. S. SCHAFER definește victimologia drept „studiul relației criminal-victimă". Preocupările pentru acest studiu au apărut în deceniul al cincilea, primul reprezentant al victimologiei ca știință fiind B. MENDELSOHN (1956), care a propus și termenul.

În lucrarea „Criminalul și victima sa", Hans von HENTING insistă asupra simbiozei dintre criminal și victimă, afirmînd existența unei stimulări către o reacție criminală îndreptată spre victimă, și estimează cîteva categorii de victime potențiale : cei care doresc rănirea ; cei care încearcă să cîștige din orice ; cei care cooperează cu criminalul ; cei care provoacă sau instigă la crimă. Studiul lui Marvin WOLFGANG (1970) confirmă ipotezele anterioare, arătînd că în aproape 30% din cazuri victimele și-au precipitat victimizarea. I. L. KUTASH (1978) stabilește un sistem clar de definiții și clasificări, obținînd în acest fel posibilitatea de circumscriere a domeniului victimologiei :

- victimă — persoană omorîtă, rănită sau căreia i se face un altfel de rău în urma unui act de agresiune ;
- victimă primară — persoană care suferă direct un act de agresiune ;
- victimă secundară — persoană (persoane) care suferă un efect al unui act de agresiune îndreptat asupra altor persoane ;
- victimaj — ceea ce aparține condiției de victimă ;
- victimizare — situația de a fi victimizat ;
- a victimiza — a face din cineva o victimă.

Victimele unei agresiuni pot fi pasive (nu joacă nici un rol în a deveni victime) sau active (cele care își provoacă victimizarea, într-un mod sau altul). După durată și frecvență, autorul împarte victimajul în : simplu, prelungit (prizonierat, agresiune familială), frecvent (habitatul în zone cu risc, ocupația militară).

O notă particulară o aduc studiile lui K. HORNEY, care arată că în momentul unor acte de violență comportamentul victimei este deosebit de pasiv, criminalul dominînd-o prin spaima pe care i-o provoacă. Autorul arată că, în general, victima percepe mediul ambiant ca ostil, simțindu-se neputincioasă în fața oricărei agresiuni.

Bolnavii psihici se găsesc mult mai frecvent în postura de victime, datorită unor particularități comportamentale, a lipsei de funcționare a unor mecanisme psihologice de apărare etc. Anumite trăsături de personalitate măresc vulnerabilitatea individului (S. și Adina CHELCEA), oferind agresorului (infractorului) un teren de acțiune facil. Diferiți autori au propus o tipologie a victimei, încercînd să depășească nivelul teoretic în favoarea realității concrete.

TABEL CXCIX

TIPURI DE VICTIMĂ

Henting	*Mendelsohn*	*Schafer*
● tinerii ● femeile ● bătrînii ● debilii mintal ● imigranții ● intelectele de limită ● minoritățile ● depresivii ● singuraticii ● lacomii ● desfrînații ● cei care-i tortureză pe alții ● cei care se apără curajos, făcîndu-și singuri dreptate	● complet inocenți ● cu vină minoră ● victima vinovată (victime voluntare) ● victime în mare măsură vinovate ● victime foarte vinovate ● victime simulante (victime imaginare)	● incidentale ● provocatcare ● precipitante ● biologic deficitare ● social deficitare ● autovictimizare ● politice

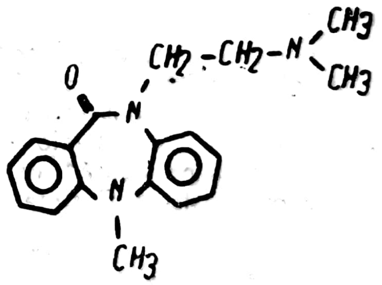
(după S. și Adina CHELCEA)

Au fost descrise două tipuri de tulburări psihice care apar la victimele unei agresiuni :

- sindromul acut (urmează la scurt timp după o agresiune) : anxietate, dezorientare în decizii, ostilitate, regresiune ;
- sindromul cronic (poate să se întindă pe o perioadă foarte lungă de timp după agresiune, fiind în raport cu tipul agresiunii și cu trăsăturile de personalitate ale victimei) : sindrom neurasteniform, anxietate cronică, idei de vinovăție, iritabilitate, depresie, tulburări hipocondriace. În cadrul acestui sindrom cronic, autorii de orientare psihanalitică vorbesc despre tendința celor cu „Eu slab" de a se identifica cu agresorul.

Ambele tipuri de tulburări necesită intervenție terapeutică, în cadrul căreia, la tratamentul biologic simptomatic, trebuie adăugată în totdeauna intervenția psihoterapeutică.

126. **VICTORIL$^{(M)}$** Israel — DCI *Dibenzepină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzodiazepinic de tip 10-/2-(dimetilamino) etil/-5,10-dihidro-5-metil-11H-dibenzo/b,e//1,4/diazepin-11-onă, cu acțiune tranchilizantă de valoare medie, pe lîngă cea depresivă. Nu se asociază cu IMAO.



127. **VIDALEN$^{(M)}$** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic — sin. VICALMA$^{(M)}$ Portugalia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM$^{(M)}$.

128. **VIDIL$^{(M)}$** Austria — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat fenilețilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, avînd indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează

în afecţiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

129. **VIGGO-JENSEN^{S} simptom** ● Mobilitate crescută a globilor oculari, bolnavul manifestînd dificultăţi de fixare a interlocutorului sau de urmărire a unei acţiuni (de exemplu, citirea unui text). Simptomul a fost descris în afecţiuni „funcţionale" ale sistemului nervos central (reacţii nevrotice, nevroze).

130. **VIGILĂ — comă** (cf. lat. *vigilare* „a sta treaz, a veghea") ● Termen neadecvat, deoarece noţiunile de comă şi vigilitate se exclud reciproc (C. ARSENI ; M. GOLU ; L. DĂNĂILĂ, 1983). Este utilizat de unii autori pentru a desemna formele uşoare de comă ; în aceste cazuri, pe fondul unei destructurări accentuate a cîmpului conştiinţei, subiectul păstrează în mică măsură capacitatea de percepere a stimulilor din mediu, fără a le putea răspunde adecvat.

131. **VIGILENŢĂ** (cf. lat. *vigilantia* „veghe, vigilenţă") ● Termen introdus de HEAD, desemnînd atitudinea voluntară de observare atentă şi susţinută, de supraveghere continuă a mediului înconjurător. Această stare are o durată direct proporţională cu motivaţia, scopul atitudinii subiectului (de prevenire, descoperire, combatere a unor pericole). Reprezintă o rezultantă complexă a funcţiilor sistemului nervos, în special a conştienţei, care permite subiectului să dea o semnificaţie stimulilor percepuţi din mediu şi să favorizeze un răspuns adecvat semnificaţiei.

Ridicată la nivel de simptom, hipervigilenţa paranoiacului este rezultatul susceptibilităţii şi suspiciozităţii extreme, tradus într-o atitudine de expectanţă continuă a tentativelor din partea celorlalţi de a fi „tras pe sfoară", de a fi lezat în orgoliul propriu, de a fi ţinta unor noi persecuţii.

132. **VIGILITATE** (cf. lat. *vigilare* „a sta treaz, a veghea") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STARE DE VEGHE.

133. **VIGNOS-ARCHIBALD$^{(T)}$ test** ● Test pentru examinarea în dinamică a deficitului de forţă musculară la un bolnav cu distrofie musculară progresivă, pentru care VIGNOS şi ARCHIBALD (1960) au propus o scală de apreciere a disabilităţii generale a bolnavului, cotată de la 0 la 10, capabilă să dea şi informaţii asupra deficitului funcţional într-un stadiu precoce :

0 — stadiu preclinic ; toate activităţile sînt normale ;
1 — mers normal ; incapabil să alerge ;
2 — deficit detectabil în ortostatism sau în mers ; urcarea scărilor este posibilă fără sprijin ;
3 — urcă scările numai cu sprijin ;
4 — mers fără sprijin ; incapabil să urce scările ;
5 — mers fără sprijin ; incapabil să se ridice de pe scaun ;
6 — mers posibil numai sprijinit ;
7 — mers imposibil ; stă nesprijinit pe scaun ; poate împinge un scaun cu roţi ; se alimentează normal ;
8 — stă nesprijinit pe scaun ; nu poate împinge un scaun cu roţi ; nu poate bea dintr-un pahar fără ajutor ;
9 — nu poate sta fără sprijin ; nu se poate alimenta fără ajutor ;
10 — imobilizat la pat ; necesită ajutor la toate activităţile.

Cifrele reprezintă gradele scalei, în funcţie de valoarea lor efectuîndu-se aprecierea deficitului de forţă musculară.

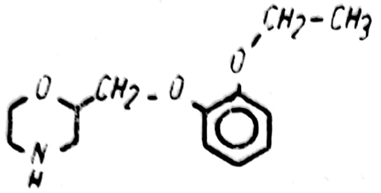
134. **VÎGOŢKI Lev** (*1896—1934*) ● Psiholog rus, cu un rol deosebit în dezvoltarea psihologiei din Rusia. Şi-a desfăşurat activitatea, timp de 10 ani, la Institutul de Psihologie Experimentală din Moscova. A demonstrat natura psihică şi socială a conştiinţei, a analizat critic behaviorismul şi introspecţionismul, a avut importante contribuţii şi cercetări privind dezvoltarea gîndirii sub influenţa convergentă a acţiunii şi cuvîntului.

Studiile sale privind procesul de interiorizare a acţiunilor şi influenţa acestuia asupra dezvoltării gîndirii au constituit un punct de plecare şi sprijin în psihologia genetică iniţiată de J. PIAGET. Contemporan cu K. LEWIN, K. KOFFKA, K. S. LESHLEY, a contribuit la formarea unor psihologi ruşi de valoare, care au continuat studiile sale îndeosebi în domeniul cercetării gîndirii şi a limbajului. Dintre lucrările sale pot fi menţionate : „Istoria dezvoltării psihice a copilului", „Psihologia artei", „Gîndire şi limbaj" (apărute în româneşte în volumul „Opere psihologice alese", 1971—1972).

135. **VILLENEUVE$^{(S)}$ sindrom** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ IEPURE$^{(S)}$ sindrom.

136. **VILLESCON$^{(M)}$** Anglia, Italia — DCI *Prolintan* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 1-(α-propilfenetil)pirolidină, cu acţiune anorexigenă mai puternică decît cea de stimulare a sistemului nervos central. Este indicat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL.

137. **VILOXAZINE(DCI)** ● Ortotimizant cu pronunţată acţiune sedativă şi mai puţin stimulentă, eficient în sindroamele depresive de diferite etiologii, mai ales cînd depresia este însoţită de anxietate. Modul de prezentare : tablete de 50 mg. Doza medie terapeutică este 200—250 mg/24 ore. Efectul terapeutic se instalează începînd cu ziua a doua şi a treia de tratament ; datorită moderatei sale acţiuni antidepresive şi practic a lipsei reacţiilor adverse, poate fi administrat şi în practica psihiatrică de ambulator.



138. **VINBURNINE(DCI)** ● Activator al metabolismului cerebral, cu proprietăţi vasoactive ; alcaloid semisintetic derivat de Vinca, de tipul 13a-etil-2,3,5,6,12,13,13a,13b-octahidro-1H-indolo (3,2,1-de)pirido(3,2,1-ij)(1,5) naftiridin-12-onă, indicat în insuficienţele vasculare cerebrale cronice cu disfuncţie cognitivă.

139. **VINCAMINE(DCI)** ● Regulator al metabolismului cerebral, de tip ester etilic al 13a-etil-2,3,5,6,12,13,13a,13b-octahidro-12-hidroxi-1H-indolo(3,2,1-de)pirido(3,2,1-ij)(1,5) naftiridin-12 acid carboxilic, cu efecte protectoare şi trofice asupra neuronilor, ameliorînd circulaţia cerebrală şi utilizarea oxigenului. Este un alcaloid extras din Vinca minor, indicat în suferinţe cerebrale de origine vasculară sau traumatică, disfuncţii cognitive din presenium şi senium. Substanţa are efect favorabil şi asupra circulaţiei retiniene şi a urechii interne → PSIHOSTIMULENTE.

140. **VINCENT-ALAJOUANINE(S) sindrom** ● Sindrom care asociază simptomele (semnele) Argyll-Robertson şi Parinaud.

141. **VINCHON Jean** (1884—1964) ● Psihiatru francez. Şi-a început cariera psihiatrică alături de Gilbert BALLET. După primul război mondial, cu sănătatea zdruncinată de o lungă campanie în Balcani, s-a orientat către practica privată, dînd însă consultaţii şi în spitalele Laennec şi Pitié.

La Pitié l-a întîlnit pe LAINGEL-LAVASTIN, cu care şi-a găsit o serie de afinităţi spirituale. A publicat, împreună cu acesta, lucrarea „Les malades de l'ésprit et leurs médicins du XVIe au XIXe siècle" (1930). A publicat, de asemenea, o serie de lucrări de psihopatologie despre furtul patologic, sindroamele psihopatice, dezechilibraţii în viaţa socială, isterie.

În 1936 a publicat „MESMER et son sécret", lucrare care îl consacră ca pe un deosebit de talentat istoric al medicinii. Interesat în mod special de psihopatologia expresiei plastice, a publicat două volume remarcabile : „L'art et la folie" şi „La magie du dessin".

A fost preşedinte al Societăţii franceze de istorie a medicinii şi preşedinte de onoare al Societăţii de psihopatologie a expresiei.

142. **VINDECABIL(D) delir** — sin. *DELIR CURABIL* ● Descris de MAGNAN şi elevii săi, dar ignorat după apariţia concepţiei kraepeliene şi a lucrărilor lui BLEULER. PETIT a reluat studiul asupra aspectelor clinico-evolutive pe care aceste deliruri le implică. GUIRAUD reţine în clasificarea sa următoarele tipuri de deliruri vindecabile : deliruri complexe simptomatice (de cauză exogenă decelabilă — alcoolism, pielonefrită, afecţiuni consomptive), episoade delirante ale predispuşilor (psihopaţi constituţionali : paranoici, senzitivi, psihastenici, distimici). Corespund în mare măsură bufeelor delirante.

143. **VINELAND(T) — scală** ● Scală de maturitate socială, folosită pentru măsurarea competenţei sociale care, în opinia autorului scalei — E. A. DOLL —, este „un compus funcţional de trăsături umane, care se direcţionează către un beneficiu social, aşa cum este el reflectat de interdependenţa individului cu serviciile aduse celorlalţi membri ai societăţii". Măsurarea competenţei sociale oferă date utile în evaluarea înapoierii mintale. Scala a fost etalonată pe grupe de bărbaţi şi de femei în vîrstă de pînă la 30 de ani, stabilindu-se următoarele categorii comportamentale ; autoajutorare generală, de hrănire, de îmbrăcare ; locomoţie ; ocupaţie ; autoîndrumare ; socializare.

Scala poate fi folosită direct sau indirect, culegîndu-se informaţii de la persoanele apropiate subiectului. Se urmăreşte o evaluare a comportamentelor medii, obişnuite şi nu a unor momente excepţionale din activitatea subiectului. Rezultatele sînt prezentate în termeni de vîrstă socială şi/sau coeficient social.

144. **VINOVĂŢIE(D) delir** — sin. AUTOACUZARE(D) delir → AUTOACUZARE.

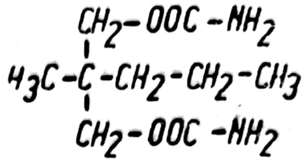
145. **VINOVĂŢIA SUPRAVIEŢUITORULUI(S) sindrom** ● Apariţia unor sentimente şi idei negative (mai ales, sentimente de vinovăţie

și idei de persecuție) la supraviețuitorii unor comunități sau cupluri dispărute. H. STREZNECKA și A. BALEY au descris, în 1945, astfel de sentimente la tinerii polonezi întorși în patrie după război. E. PAPANEK a descris sentimente de culpabilitate la copiii salvați din lagărele de exterminare; aceștia se considerau vinovați de a fi rămas în viață, în timp ce rudele lor muriseră în lagăr. M. POROT a semnalat apariția sentimentelor de vinovăție în comunitățile de tuberculoși din sanatorii (1950), iar P. LIFTON le-a menționat la mamele copiilor decedați de hematopatii grave.

W. G. NIEDERLAND (1968) a descris componentele acestui sindrom: tulburări anxioase, amnezie sau hipermnezie, coșmaruri, depresie cronică, retragere, tendințe solitare, tulburări somatice, idei și sentimente de vinovăție. Sindromul apare și în condițiile supraviețuirii după marile catastrofe colective, accidente familiale, conflicte militare prelungite. O condiție necesară este și existența unei puternice comuniuni afective între supraviețuitor și dispărut. Supraviețuitorul consideră că a trădat aspirațiile grupului din care făcea parte și cu care avea norme comune de comportament. El se acuză că nu a acționat în sensul asigurării supraviețuirii altor membri ai comunității (N. C. ANDERSEN, 1984), acțiune imposibil de realizat în realitate sau fără efect. Recent, M. POROT (1985) încearcă să imagineze efectele unei pseudocomunități asupra supraviețuitorului, în familiile în care supraviețuiește un copil cu același nume ca al altui frate decedat anterior nașterii sale, imaginînd trei exemple ale căror eroi poartă numele L. van Beethoven, V. van Gogh, Salvador Dali. Aceste „dublete fantomatice“ ar crea o „lume paranoidă“, în care comportamentele supraviețuitorilor se articulează în jurul depresiei și persecuției, ca și în jurul unui permanent sentiment de neîmplinire, care sublimează într-o nesfîrșită încercare de autodepășire.

146. **VINPOCETINE**$^{(DCI)}$ ● Activator al metabolismului cerebral de tipul esterului etilic al 13a-etil-1,2,3,5,6,13a,13b-hexahidro-1H-indolo(3,2,1-de)pirido(3,2,1-ij)(1,5)naftiridin-12-acidului carboxilic, asemănător din punct de vedere structural vincaminei, cu proprietăți vasodilatatoare. Este indicat în terapia insuficienței circulatorii cerebrale și a tulburărilor de memorie.

147. **VIO-BAMATE**$^{(M)}$ SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativă, anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice.



$$\begin{array}{c} CH_2-OOC-NH_2 \\ | \\ H_3C-C-CH_2-CH_2-CH_3 \\ | \\ CH_2-OOC-NH_2 \end{array}$$

Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență“. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

148. **VIOL** (cf. lat. *violare* „a maltrata, a ataca, a produce vătămare“) ● Manifestare antisocială, cu implicații medico-legale (inclusă în infracțiunile Codului Penal), constînd în constrîngerea unei femei de a avea, fără voia ei, un contact sexual. Victima este constrînsă prin violență fizică, psihică, amenințări. Violul poate fi săvîrșit de o singură persoană sau de un grup de persoane. Agresorii se pot înscrie în sfera normalului, dar și în sfera patologicului. În cea de-a doua categorie sînt încadrați mai ales „agresorii“ care pot fi:

- perverși sexuali sadici care, după obținerea satisfacției sexuale (sau înainte, pentru a o obține) produc multiple vătămări corporale și psihice victimei sau chiar moartea acesteia prin grave maltratări;
- bolnavi cu furor maniacal, la care intensitatea dorinței sexuale este atît de puternică încît folosesc forța și violența;
- alcoolicii, subiecți în beție acută sau cu psihoze alcoolice (mecanismul implicat cel mai frecvent este gelozia patologică);
- epilepticii (mai rar decît se crede în general);
- deliranții cronici (mult mai rar);
- oligofreni, la care apare mai frecvent tentativa de viol (neavînd forța necesară asupra unei femei mature), ei reușind să violeze, de obicei, doar fetițe; această acțiune este într-un fel „justificată“ prin imposibilitatea de a-și găsi o parteneră;
- demenții senili, dezinhibați erotic, fac și ei tentative de viol, care, la fel ca în cazul debililor mintal, nu pot reuși decît dacă victima este mai slabă decît ei (de obicei, un copil).

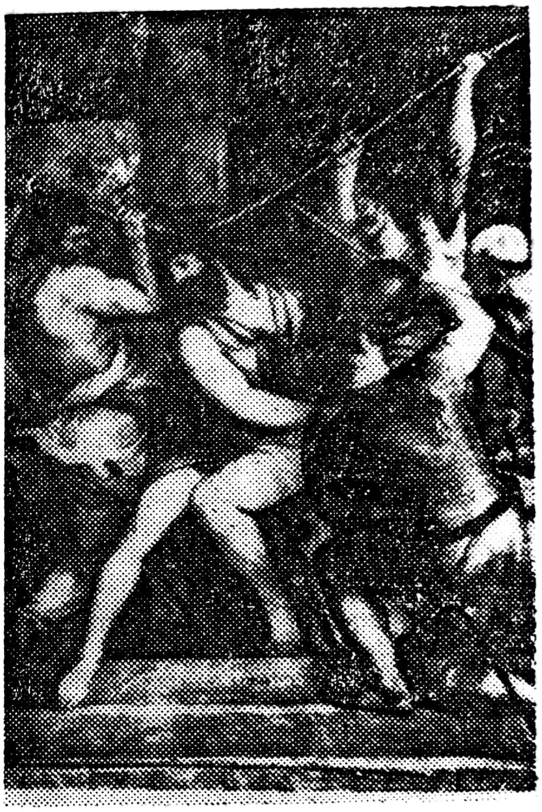
Rareori, în cazul agresorului, poate fi vorba despre un hipersexualism în care se pune problema unui tratament hormonal sau chirurgical.

Violul în grup este mai frecvent comis de către adolescenți, care numai astfel au „curajul" (mărit și prin supraadăugarea ingestiei de alcool sau droguri) de a avea un contact sexual (uneori, pentru mulți dintre ei, primul contact). Este, din punctul lor de vedere, un act de bravură, de curaj ; în realitate, acești adolescenți reprezintă structuri dizarmonice, la care imaturității afective i se adaugă și o condiție subculturală. În cazul unui grup de agresori sau a unui agresor cu o putere „anormală", victima este imobilizată, maltratată, consecințele psihice ale acestui act asupra femeii sau fetiței violate fiind extrem de grave, sentimentul rușinii, al oprobriului public, atentatul la pudoare, la castitate putînd genera depresii severe, nu de puține ori însoțite de tentative suicidare. Pentru victimă, violul este o puternică traumă fizică și psihică, un atentat la libertatea de a-și alege partenerul trăirilor din cea mai intimă sferă a afectivității. Victima va privi ceea ce a suferit ca o stigmatizare, un handicap, care îl vor afecta dezvoltarea ulterioară, mai ales dacă este vorba de fetițe pubere.

Violul este considerat de justiția tuturor țărilor ca o infracțiune gravă, pedepsită cu privarea de libertate pe o durată depinzînd de consecințele faptei, agresorul fiind (în cazul în care este bolnav psihic) internat în servicii cu supraveghere strictă sau pedepsit cu detenție (dacă se stabilește că are discernămîntul păstrat). Agresorii nu aparțin întotdeauna patologicului, după cum victimele nu sînt întotdeauna „inocente" : destul de frecvent, în cazul „victimelor", apare nu numai un comportament provocator, incitativ, ci și o acceptare tacită a actului sexual și numai ulterior (pentru a se justifica în fața anturajului, a societății sau pentru obținerea unor beneficii) apare acuzația de viol, care însă nu poate fi susținută prin date concrete de examinare medico-legală (lipsa unor leziuni care să argumenteze comportamentul agresiv al celui ce a „forțat-o" și a celor care să dovedească „lupta", apărarea față de agresor). De multe ori, aceste persoane cu comportament provocator sînt „victime" nu ale unor bolnavi psihici, ci ale unor indivizi normali (care devin, prin întreaga procedură juridică în care sânt apoi angrenați, ei înșiși „victime"). Autorii francezi descriu în această categorie „violul" asupra tinerelor (sau mai puțin tinerelor) femei care fac „autostopul". Un comportament provocator, dezinhibat sexual, vizibil patologic, pot avea și maniacalele sau „falsele prostituate". În acest caz, dacă o persoană normală acceptă actul sexual „propus", situația este la fel de gravă, fiind vorba de lipsa de discernămînt al unei bolnave psihic.

Nu este menționat însă în Codul Penal și nici în patologie, violul comis de femei asupra unui bărbat, deși rubricile de senzație ale mass-mediei relatează și astfel de evenimente.

149. **VIOLENȚĂ** (cf. lat. *violentia*) ● Acțiune intensă, brutală, realizată cu forța, îndreptată împotriva unei persoane, situații, instituții, comunități sau a oricărui alt obiect, acțiune în urma căreia obiectul poate fi distrus.



Tizian

Din punct de vedere psihologic, violența se exprimă printr-o conduită agresivă, vizînd distrugerea, punițiunea sau transformarea unui obiect. Este caracteristică psihopatului impulsiv-exploziv și se întîlnește frecvent în cazul actelor antisociale. Poate fi semn pentru debutul unor psihoze schizofrenice. Actele de violență apar și în raptusul agresiv maniacal, pe un fond de excitație (agitație) psihomotorie, cînd furia atinge paroxismul (agresivitate primitivă). În epilepsie există accese paroxistice de furie, cu acte de violență, manifestate frecvent prin conduite antisociale, cu amnezie ulterioră.

150. **VIOLENȚĂ — implicații medico-psihiatrice** (cf. lat. *violentia* „violență, furie, sălbăticie") ● Întrebuințarea forței brutale cu scopul de a jefui, maltrata, silui etc. a fost întotdeauna un adevărat flagel social.

Psihiatrii americani se preocupă de studiul consecințelor pe care actele de violență le au asupra oamenilor și de modul în care s-ar putea efectua o profilaxie sau un tratament al violenței.

Medicul este confruntat deseori cu urmările violenței și, după cum arată new-yorkezii G. V. LAURY și G. GARDOS, medicul însuși poate fi amenințat de către un bolnav agresiv sau violent, care poate reclama bani, rețete, un certificat medical, uneori motivînd că nu a fost mulțumit de îngrijirile acordate. Solicitarea sub amenințare cu arma a unei rețete de droguri, tratarea unei depresii declanșate în urma unui act de violență sau a unui viol, a unor sechele posttraumatice sînt situații cu care medicii americani sînt frecvent confruntați.

Autorii menționează tulburările psihice transmise descendenților de către părinții foști prizonieri ai lagărelor de concentrare, supuși pe durata mai multor ani unor acte de violență cumplită.

În ciuda măsurilor autorităților, valul criminalității se află în continuă creștere, originile sale depășind în mod evident explicații simpliste de genul : „omul civilizat al timpului nostru suferă de incapacitatea de a se elibera de impulsurile sale agresive".

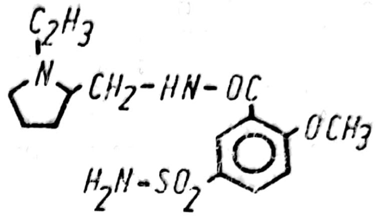
Psihiatrii americani propun formarea unui front comun de opinii și atitudini împotriva violenței, ca simptom de boală despre al cărei tratament sau profilaxie nu cunoaștem decît prea puțin.

Ceea ce este evident este că mediul joacă un rol important, iar indivizii violenți provin, de cele mai multe ori, din medii violente sau din familii în care părinții nu sînt preocupați de supravegherea copiilor lor. S-a arătat, de asemenea, că părinții care-și maltratează copiii au fost la rîndul lor maltratați de părinții lor în copilărie.

Profilaxia violenței trebuie să constituie unul dintre țelurile cele mai nobile ale medicinii și umanității.

151. **VIO-SERPINE(M)** SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metilreserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

152. **VIPRAL(M)** Argentina — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt comune NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.



153. **VIRAJ TIMIC** (cf. fr. *virage*) ● Trecerea de la dispoziția depresivă la dispoziția maniacală sau de la dispoziția maniacală la cea depresivă, în absența unui interval de dispoziție normală. Întrucît succesiunea manie-depresie este mult mai rară, iar absența unei depresii profunde și de durată dă adesea doar impresia obținerii unui asemenea rezultat terapeutic, această ipostază este puțin citată în literatură, practic vorbindu-se numai de viraj maniacal. Odată cu folosirea pe scară largă a antidepresivelor, problema virajului maniacal a început să devină mai importantă, deoarece aceste medicamente au readus în atenția clinicianului episoadele maniacale și hipomaniacale, care în mod normal sînt de 20 de ori mai puțin frecvente decît cele depresive (KRAUTHAMER și KLERMAN, 1979). Într-un studiu efectuat pe 2346 de depresivi tratați cu antidepresive, BUNEY (1978), găsește 201 viraje maniacale, adică 8,6% din cazuri, iar într-un studiu realizat pe afectivii bipolari, NASRALLAH (1982) găsește 20 de viraje la 142 de bolnavi tratați, dintre care nouă apărute în primele 30 de zile de la debutul episodului depresiv.

AKISKAL subliniază, în 1983, faptul că antidepresivele nu induc farmacologic mania. Aceasta nu este creată „de novo", ci doar relevată atunci cînd există o dispoziție latentă, este mobilizată farmacologic. Studiile au arătat că nu există deosebiri între bipolarii de tip I și cei de tip II, iar AKISKAL a propus **introducerea termenului de „bipolar de tip III" pentru depresivii care fac manie sub tratament (circa 1/3 din pacienți).**

Introducerea în categoria virajului maniacal a maniilor secundare, induse medicamentos, psihogen sau prin afecțiuni organice nu poate fi acceptată. În legătură cu mecanismele patogene ale virajului maniacal, dacă în urmă cu 30 de ani se admiteau încă opiniile școlii analitice (FREUD considera mania o eliberare de depresie, iar Melanie KLEIN — o apărare masivă față de afectul depresiv), astăzi sînt admise numai ipoteza surplusului de neurotransmițători sau a hipersensibilizării receptorilor sinaptici la neurotransmițători. La depresivii unipolari nu există viraj maniacal sub tratament. Statutul de manie secundară este incert și nu poate fi confirmat sau infirmat decît dacă ulterior apar și alte stări maniacale. Boala bipolară are un risc morbid de 0,25—,75% (FREMMING, HELGASON, JAMES, CHAPMAN).

154. **VIREGYT$^{(M)}$** Ungaria — DCI *Amantadină* ● Antiparkinsonian cu acțiune inhibitoare asupra eliberării dopaminei la nivelul terminațiilor nervoase dopaminergice. Consecința este creșterea concentrației dopaminei la nivelul formațiunilor striate. Acest efect justifică utilizarea medicamentului pentru ameliorarea simptomatologiei (akinezie, hipokinezie, bradifrenie) din sindroamele parkinsoniene. Nu este eficace în sindromul extrapiramidal de cauză medicamentoasă. Efectele excitante asupra sistemului nervos central (nervozitate, insomnie, euforie, hipoprosexie) contraindică folosirea medicamentului în afecțiuni psihice majore și administrarea simultană a substanțelor psihotrope.

155. **VIRGINITATE** (cf. lat. *virginitas*) ● Termen căruia i se pot atribui două accepțiuni: una pe plan etico-moral, superpozabilă cu termenul de castitate, iar alta pe plan anatomic (cu vădite implicații pe plan medicolegal). Ultima beneficiază de o definiție anatomică — starea de integritate a membranei himenale, pe cînd prima presupune calitatea unei persoane de a nu fi avut relații sexuale.

Dacă accepțiunea anatomică interesează cu predilecție psihiatria judiciară în problematica ridicată de cazurile de viol (→ VIOL), accepțiunea de castitate ridică probleme psihiatriei în unele situații ocazionate de pierderea virginității.

Simbol al curățeniei sufletești, al neîntinării și nevinovăției, virginitatea cunoaște interpretări diferite în plan transcultural. Minimalizată în favoarea fertilității în culturile indo-asiatice, virginitatea a căpătat dimensiuni „idealizate“ în unele societăți și epoci europene, mai ales sub influența doctrinei creștine.

Menținerea virginității pînă la căsătorie este mai frecventă la fete decît la băieți, deși există în multe grupuri etnice o atitudine de toleranță față de oportunitatea experiențelor sexuale înainte de căsătorie.

Ignorînd „regula de aur“ a cultului virginității și al respectului pentru partener, morala Noului Continent a adus schimbări aproape fundamentale în istoria conceptului de virginitate. Astfel, după E. HURLOCH (citat de R. LAFON), în urma multiplelor anchete întreprinse a rezultat că mentalitatea societății a evoluat de așa manieră, încît o tînără fată care nu a avut pînă la 21 de ani nici un contact fizic cu un tînăr este considerată a fi insuficient dezvoltată din punct de vedere afectiv. După cum se vede, nu este vorba neapărat de consumarea unui raport sexual, ci de realizarea unui flirt, a unei apropieri fizice capabile să genereze senzații erotice.

După alt autor (KINSEY), se pare că 30% din tinerii americani își încep viața sexuală prin practicarea unor jocuri de excitație sexuală care păstrează fizic virginitatea fetei, conservînd himenul intact („petting“). Această pseudovirginitate (nu este exclusă nici evoluția unei sarcini cu himen intact, „din joacă“) nu mai corespunde definiției clasice a castității decît parțial, putînd genera, uneori, ambilor parteneri, trăiri culpabilizatoare. Alteori, dimpotrivă, experiențele sexuale premaritale conferă subiecților sentimentul de eliberare și chiar o mai bună pregătire pentru viața conjugală și prevenirea divorțului.

156. **VIRGOFRENIE** (cf. lat. *virgo* „fecioară“; gr. *phren* „minte“) ● Însușire permanentă, ca-

racteristică unor subiecţi, de a-şi menţine un tonus afectiv tineresc, reflectată în modul de a gîndi şi a se comporta, bazat în cea mai mare parte pe prelungirea unei stări fizice şi psihice corespunzătoare vîrstei tinere (prin alimentaţie raţională, mişcare în aer liber, asigurarea unui raport adecvat între muncă şi odihnă, evitarea toxicelor) şi, pe de altă parte, pe existenţa unui interes constant pentru nou, pentru informaţie, pentru autodepăşire.

157. **VIRHOMIT$^{(M)}$** Argentina — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia $\xrightarrow{sin.}$ VIO-SERPINE$^{(M)}$ SUA.

158. **VIRILISM** (cf. lat. *vir* „bărbat") ● Anomalie constituţională sau dobîndită manifestată prin apariţia caracterelor sexuale secundare masculine la femeie. Se datorează unei hipersecreţii de androgeni şi apare frecvent în tumori de suprarenală sau ovar. O formă uşoară de virilism este virilismul pilar (hirsutismul).

Portretul robot al femeii „plutonier major", întîlnit în operele literare, mai frecvent în cele satirice, zugrăvind un personaj al cărui virilism se asociază cu un comportament dominator, adeseori despotic, evidenţiază, în realitate, un aspect datorat unei afecţiuni endocrine. Irascibilitatea, stările depresive, anxioase fac parte din psihosindromul endocrin, iar tulburările de comportament pot fi traduse uneori, cel puţin în parte, ca supracompensare, în condiţiile existenţei sentimentelor de inferioritate.

159. **VIRILISM PILAR (IDIOPATIC)** (vezi *virilism* ; lat. *pilus* „păr") ● Hirsutism legat de o hiperandrogenie funcţională, cu etiopatogenie mixtă : ovariană şi suprarenală. Este dificil de stabilit dacă disconfortul psihic şi labilitatea emoţională preexistă hirsutismului sau sînt o urmare a acestuia.

160. **VIRILITATE** (cf. lat. *virilitas*) ● Caracteristici somatopsihice de tip masculin, incluzînd :

- caracteristici sexuale secundare masculine ;
- caracteristici şi/sau performanţe fiziologice tipic masculine ;
- atitudini şi/sau performanţe psihologice făcînd parte din tabloul masculinităţii.

Virilitatea se exprimă sintetic prin imagini tip, cum ar fi : tipul puternic, generos, protector ; tipul Don Juan ; tipul performer sexual ; tipul erou ; tipul şef, conducător ; tipul tiran etc.

În mitologie, virilitatea este reprezentată prin Jupiter şi Apollo. Simbolurile masculinităţii-virilităţii sînt : soare, cer, înălţare, viaţă, fulger, lumină, foc, agresivitate, acţiune, raţionalitate (→ COMPLEX DIANA ; OEDIP ; TRANSSEXUALITATE, SEX).

161. **VIROZE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL** (cf. lat. *virus* „suc de plante, venin") ● Afecţiuni inflamatorii ale sistemului nervos central provocate de virusuri, localizate cu predilecţie la nivel cerebral (encefalită), meningeal (meningo-encefalită) şi chiar medular (encefalomielite). Dintre toate neuroinfecţiile, encefalitele virale sînt cele mai numeroase.

Pătrunderea virusurilor în nevrax se realizează pe cale hematogenă sau prin inocularea directă posttraumatică, extensia unei infecţii de vecinătate, traversarea unor mucoase (nazală) etc. Mecanismele patogenice constau în : acţiune directă exercitată de agentul viral asupra creierului, reacţii imunologice, modificări vasculare şi perivasculare, hipoxice şi metabolice, afectări neuronale de tipul necrozei, demielinizării, reacţiei astrocitare, cu apariţia de incluziuni citoplasmice specifice.

Studiile întreprinse asupra virusurilor lente încearcă să aducă lumină în etiopatogenia unei serii de boli neurologice „degenerative", cum sînt : panencefalita sclerozantă subacută, boala Kuru, boala Creutzfeldt-Jakob, leuconevraxita, scleroza laterală amiotrofică, demenţele Pick şi Alzheimer, boala Parkinson. Tabloul clinic cuprinde, pe lîngă semnele infecţiei generale, tulburări ale conştiinţei, modificări ale afectivităţii, sindroame neurologice de focar, convulsii.

Şcoala românească de neurologie clasifică encefalitele virotice în : primitive şi secundare (după infecţii virale generale), după imunizări (antivariolică, antirabică). Redăm (după ARSENI, modificat) o schemă de clasificare etiologică a encefalitelor virale cu care psihiatrul poate veni în contact în cursul experienţei sale clinice :

- encefalite prin enterovirusuri (virusul poliomielitic, Coxsackie, ECHO) ;
- encefalite prin virusuri herpetice (virusul Herpes simplex, virusul varicelă-Zoster, virusul herpes-Zoster, virusul Epstein-Barr, virusul bolii cu incluzii citomegalice) ;
- encefalite asociate unei infecţii virale a copilăriei (virusul rujeolos, virusul rubeolos, virusul urlian) ;
- encefalite asociate unei infecţii virale respiratorii (virusul gripal tip A, virusul gripal tip B, virusul paragripal, adenoviruşi) ;

de rezonanţă emoţional-afectivă. Multă vreme s-a considerat că organele interne sînt insensibile (KARVEY) sau că devin sensibile doar în condiţii patologice (S. BERNARD). La sfîrşitul secolului trecut, SECENOV a confirmat existenţa unor senzaţii viscerale ai căror receptori pot fi descrişi şi diferenţiaţi de exteroceptori (SHERRINGTON).

Demonstrarea experimentală a reacţiilor digestive şi circulatorii, controlate prin reglaj neuroreflex, a fost realizată de PAVLOV. Cercetările întreprinse de BICOV, ORBELI, AMASSIAN (1951), PENFIELD şi RASMUSSEN (1950), PATTON (1956), SARKISOV (1964) ş.a. au demonstrat că toate organele interne trimit fibre aferente către măduva spinării, sistemul parasimpatic şi centrii superiori. Nu toate aferenţele organelor interne se continuă pînă la centrii corticali şi subcorticali, unele rămînînd la nivelul măduvei spinării, altele în trunchiul cerebral sau la nivelul sistemului vegetativ central. Pentru organele interne terminaţiile nervoase mielinice din grupa A beta şi A delta au proiecţii în scoarţa cerebrală, iar cele amielinice din grupa C sînt foarte ramificate, formînd plexuri. Proiecţia corticală se află în girusul postcentral contralateral (AMASSIAN, 1951) şi în partea mediană a cortexului somatosenzorial. Comparativ cu reflexele exteroceptive, cele interoceptive (viscero-viscerale, viscero-motorii, viscero-senzoriale) se formează foarte greu, prin acţiunea unor stimuli (electrici, chimici, vizuali, auditivi) deosebit de intenşi, senzaţiile organice fiind, în acelaşi timp, instabile şi inerţiale.

În cadrul sensibilităţii viscerale se disting senzaţii difuze, globale, datorită dispoziţiei simetrice a unor organe şi conexiunilor lor reciproce, care produc unele proiecţii simetrice ale senzaţiilor, împiedicînd localizarea lor; datorită numărului redus şi repartiţiei difuze a terminaţiilor nervoase receptoare, se percep, de asemenea, senzaţii bine structurate, localizate şi specifice, cum sînt senzaţiile de foame, sete şi sexuale. Acestea au o dezvoltare ciclică repetitivă, cu caracter activ în reglarea comportamentului, prezentînd o importanţă vitală în sensul că dezactivarea (în cazul anorexiei), denaturarea (în cazul perversiunilor sau toxicomaniei), persistenţa lor excesivă (în cazul nevrozelor de hiperconsum) pun în pericol însăşi homeostazia organismului.

Patologia interorecepţiei se referă la tulburările de tipul iluziilor şi halucinaţiilor viscerale (incluzînd şi propriorecepţia), la tomatognozia în sfera căreia se includ ca reprezentative : cenestopatiile, sindroamele hipocondriace, sindromul Cotard (cu triada delirantă de negaţie a organelor interne şi a funcţiilor acestora, de enormitate şi de imortalitate) (→ CENESTEZIE).

168. **VISCERALE**$^{(H)}$ **halucinaţii** — sin. CORPORALE$^{(H)}$ halucinaţii ; SOMATICE$^{(H)}$ halucinaţii ● Halucinaţii avînd drept punct de referinţă organele interne ale bolnavului, pe care acesta le simte transformate, distruse sau chiar absente. O parte dintre aceste halucinaţii permit delimitarea sindromului Cotard, de asemenea pot fi întîlnite în psihozele schizofrenice şi în depresiile melancoliforme.

169. **VISCERALE**$^{(I)}$ **iluzii** $\xrightarrow{sin.}$ INTEROCEPTIVE$^{(I)}$ iluzii.

170. **VISCEROSCOPICE**$^{(H)}$ **halucinaţii** (cf. lat. *viscera* ; gr. *skopein* „a privi") ● False percepţii vizuale, legate de reprezentări ale mediului intern propriu, prezentat într-o viziune sui generis, dar dinamică, plină de vivacitate. Bolnavii îşi „percep" cavităţile corpului ca fiind sediul unor paraziţi, al altor animale mici sau al unor procese fizico-dinamice (flăcări, descompunere etc.). Aceste halucinaţii cu caracter autoscopic apar, în opinia lui V. POLTAVSKI (1965), în faza de debut a unor leziuni postencefalitice, ulterior fiind înlocuite de halucinaţii vizuale „obişnuite".

171. **VISCEROTON** — **tip** (cf. lat. *viscera* ; gr. *tonos* „tensiune") $\xrightarrow{sin.}$ ENDOMORF.

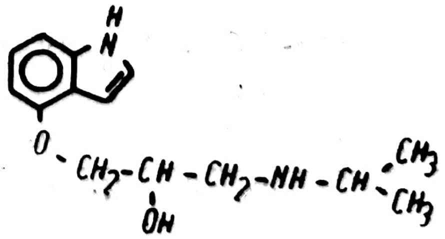
172. **VISERGIL**$^{(MC)}$ Elveţia, Italia, Spania ● Produs terapeutic care conţine două medicamente tipizate, cu acţiune diferită, dar care se complementează :

- **TIORIDAZIN**$^{(M)}$ — **neuroleptic, derivat** fenotiazinic.
- **CO-DERGOCRIN**$^{(M)}$.

Are acţiune **sedativ-anxiolitică**.

173. **VISERGOL**$^{(MC)}$ Argentina $\xrightarrow{sin.}$ VISERGIL$^{(MC)}$ Elveţia.

174. **VISKEN**$^{(M)}$ Anglia, Austria, Danemarca, Elveţia, Franţa, Grecia, Italia, SUA, Suedia, Ungaria — DCI *Pindolol* ● Betablocant



de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietatea cu componentă somatică, alcoolism, adjuvant în combaterea sevrajelor. Nu se administrează în depresii şi nici concomitent cu IMAO → BETABLOCANTE.

175. **VISTARIL$^{(M)}$** SUA, Suedia, Turcia — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acţiune sedativă centrală, antihistaminică şi anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN$^{(M)}$.

176. **VITALISM** (cf. lat. *vitalis* : vezi lat. *vita* „viaţă") ● Doctrină conform căreia materia vie este animată de o forţă specifică, diferenţiindu-se astfel de materia nevie. Vitalismul este în opoziţie cu mecanicismul, care afirmă existenţa unui „mecanism biologic" şi concepe fiinţa ca o maşină automată.

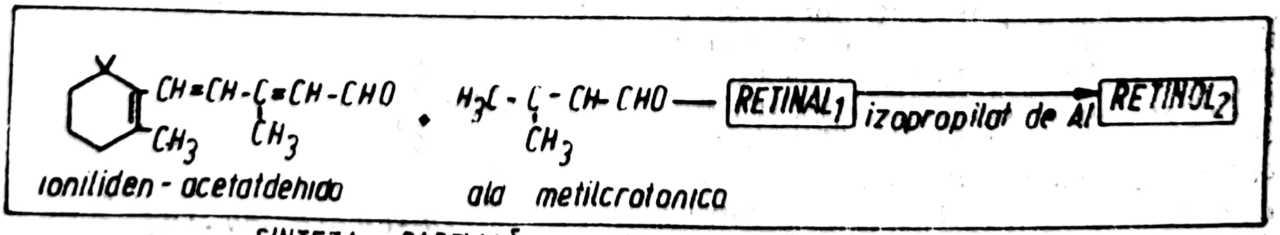
Lucrarea lui HELMHOLTZ despre conservarea energiei (1874) a adus argumente împotriva concepţiei vitaliste, care susţinea că esenţa proceselor vii este în afara abordării ştiinţifice. Împreună cu E. BRÜCKE (viitor mentor al lui FREUD) şi alţi doi colaboratori, HELMHOLTZ a semnat un aşa-numit „pact împotriva vitalismului", susţinînd că singurele forţe active din organism sînt forţele fizico-chimice. Odată cu apariţia unor studii privind funcţionalitatea neuronală a analizatorilor optic şi auditiv şi a altor procese psihofizice, s-au formulat şi noi ipoteze vitaliste, cum ar fi cele ale lui H. DREISCH (1908) şi H. BERGSON (1911) care a numit acest curent „elan vital" sau „forţă vitală". Aceeaşi perioadă este marcată de lucrările lui J. LOEB (1912), care a apărat poziţia mecanicistă, sintetizînd orientarea mecanicistă a psihologiei experimentale de la sfîrşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea. Disputa vitalism-mecanicism va rămîne în continuă legătură cu obiectul şi metodele psihologiei.

177. **VITAMINE** (cf. fr. *vitamine*) ● Compuşi organici esenţiali, necesari în cantităţi minime, cu rol catalitic, al căror dezechilibru de aport sau utilizare determină afecţiuni caracteristice (hipovitaminoze, hipervitaminoze). Vitaminele participă la realizarea unor importante procese biochimice şi, în prezent, sînt tot mai mult studiate interacţiunile posibile dintre vitamine-vitamine, vitamine-hormoni, vitamine-medicamente. Aceste interacţiuni se traduc prin efecte de sinergie şi potenţare sau reducere a acestor categorii de substanţe în organism.

Vitamina A este implicată, printre altele, în procese moleculare multiple şi, mai ales, în mecanismul vederii, în metabolismul lichidelor, în asigurarea integrităţii structurale şi permeabilităţii membranelor celulare, avînd rol şi în sinteza hormonilor steroizi. Avitaminoza A poate determina leziuni neurologice importante. Supradozarea la copii poate determina cefalee, insomnii, anorexie, iar la adult depresie, somnolenţă.

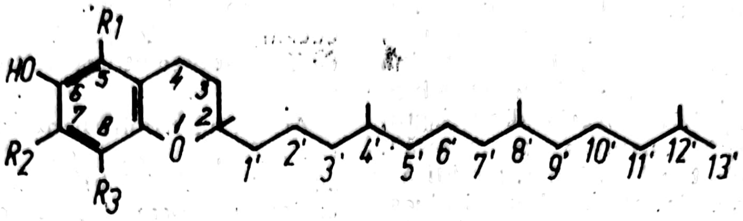
Vitamina D este implicată în metabolismul fosfocalcic ; deficitul ei determină la copil rahitismul, însoţit — datorită scăderii calcemiei — de iritabilitate, anxietate, sufocări.

Vitamina E are efecte antitoxice, protejînd diverşi compuşi de oxidare. Vitamina E (acizi graşi esenţiali) intră în componenţa fosfolipidelor şi a altor lipide structurale din membrane şi particule subcelulare, cu multiple implicaţii metabolice. Joacă un rol complex în biochimia ţesutului muscular, în hematopoeză şi rezistenţa eritrocitară, în rezistenţa antimicrobiană. Printre consecinţele carenţei de vitamină E se



SINTEZA PARTIALĂ A VITAMINEI „A"

numără encefalomalacia, anemia secundară lizei globulelor roșii. Poate fi utilizată în terapia tulburărilor de menopauză, sterilitate, arterioscleroză cerebrală (ASC). Hipervitaminoza poate produce tulburări nervoase → TOCOFEROL.

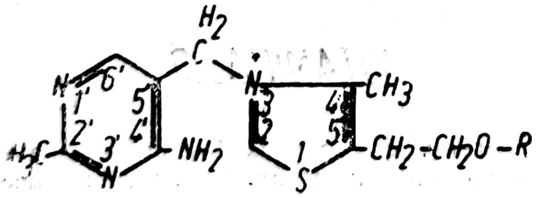


$R_1=R_2=R_3=H$: TOCOL = 2-metil-2(4',8',12'-trimetil-tridecil-croman-6-ol)

Vitamina F (acizi grași esențiali) intră în componența fosfolipidelor și a altor tipuri de lipide structurale, avînd deci multiple implicații metabolice în organism. Are rol în procesul de oxidoreducere și prezintă o importanță deosebită, numărîndu-se printre precursorii prostaglandinelor. Interferează cu acțiunea vitaminelor B_1, B_6, PP. Este indicată în unele forme de afecțiuni dermatologice.

Vitamina K (antihemoragică), atît în formele ei naturale, cît și în cele artificiale, are un rol deosebit în coagulare, nefiind direct implicată în fiziologia sistemului nervos.

Vitaminele grupului B : B_1, B_2, PP (dermatropă sau antipelagroasă), B_6, acidul pantotenic, factorii bios sau de creștere a microorganismelor (biotina), antianemicele, hematoformatoarele (acizi folici, folinici, vitamina B_{12}) sînt implicate în procese biochimice foarte importante, prin acțiunea lor de coenzime.



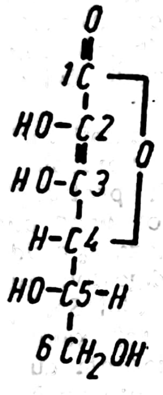
R=H TIAMINA - ANEURINA - VITAMINA B1

Vitamina B_1 (tiamina) este implicată în numeroase procese metabolice la nivelul SNC : interferează cu formarea și/sau activitatea colinesterazei, enzima de scindare a acetilcolinei, influențînd transmiterea impulsului nervos, este implicată în dezvoltarea și buna funcționalitate a glandelor endocrine. Avitaminoza experimentală la om determină, printre altele, anorexie, scădere ponderală, astenie psihofizică. Deficitul de vitamină B_1 este incriminat în encefalopatia Gayet-Wernicke, sindromul Korsakov și în polinevrită. În primele două afecțiuni, dozele mari de vitamină B_1 dau rezultate bune. Boala beri-beri, cea mai pură avitaminoză B_1, are o simptomatologie psihică mai săracă (hipoprosexie, fatigabilitate intelectuală, simptome miasteniforme), cedînd la doze modeste de vitamină B_1. Hipovitaminoza, în forma ei ușoară, determină tulburări funcționale ale SN (hipoprosexie, anorexie, astenie fizică și intelectuală), tulburări gastrointestinale diverse .

Vitamina B_2 (lactoflavina) participă în reacții esențiale ale metabolismelor intermediare (glucidic, lipidic, protidic), precum și în exercitarea efectelor unor oligometale (Mg, Cu, etc.). Avitaminoza B_2 produce tulburări trofice ale tractului digestiv, tulburări cutanate și oculare. La nivelul SN apar pareze, astenie, tulburări ale reflexelor, nistagmus, ataxie, tremor. Interferența cu biosinteza endogenă a vitaminei PP determină suprapunerea simptomatologiei avitaminozei B_2 cu aceea a avitaminozei PP.

Vitamina B_6 este, de fapt, un complex de derivați de piridină. În reacțiile de formare este implicat acidul glutamic, iar clinic prezintă importanță antagonismul cu hidrazida, a cărei administrare în TBC poate produce hipovitaminoza B_1 cu confuzie mintală, manie sau melancolie, simptomatologie care cedează la administrarea vitaminei. Se poate spune că vitamina B_6, prin multiplele ei acțiuni, intervine în funcționarea normală a organelor și țesuturilor (mai ales a țesutului nervos). Se recomandă, în psihiatrie și neurologie, în insomnii, epilepsie, boala Parkinson, neurastenie. Cystathionuria, xanthurenicaciduria, anemia piridoxino-sensibilă și piridoxino-dependentă sînt afecțiuni ereditare (erori înnăscute de metabolism) în care este implicat deficitul de vitamină B_6, manifestat prin întîrziere mintală și convulsii („convulsii piridoxino-sensibile ale noului născut", deosebite de convulsiile prin carențe de piridoxină).

Vitamina PP, datorită rolului ei enzimatic, are multiple implicații în metabolismele intermediare, în energogeneză și fiziologia organelor, țesuturilor și celulelor ; KETZ (1976) apreciază că nici una dintre vitaminele din alimentație nu este atît de legată de metabolismul celular, ca vitamina PP. Avitaminoza PP determină tulburări cutanate, digestive și neuropsihice caracteristice pelagrei. Tulburările din pelagră, denumite odinioară „nebunie pelagroasă", se manifestă la debut prin astenie, modificări de caracter și dispoziție, algii, tulburări digestive. Melancolia delirantă, stările confuzionale, stuporoase, catatonice se produc în perioada de stare. Frecvent se semnalează sinucideri, mai ales prin înec. Administrarea de vitamină PP oral sau intramuscular este rapid eficientă. La alcoolic, carența de vitamină PP este implicată în encefalopatia Joliffe cu obnubilare, hipertonie, asimetrie. Necesită administrarea de nicotinamidă în doze mari.



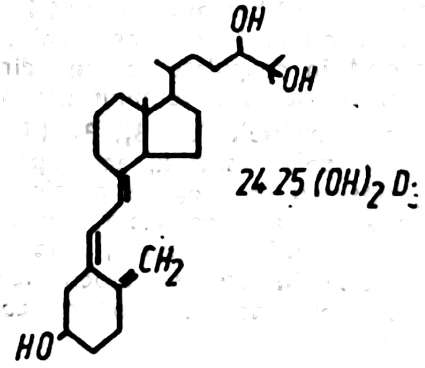
VITAMINA „C"

Acidul pantotenic (vitamina B$_3$) este implicat în activitatea a numeroase sisteme enzimatice cu rol în formarea acetilcolinei, a unor aminoacizi, acizi grași, acidului citric etc. Prin interrelații cu antivitamine pot apărea semne neuropsihice de carență, ca : instabilitate neurovegetativă, astenie psihofizică, amețeli, degenerescențe mielinice ale nervilor periferici cu paralizie, convulsii, comă. Este utilizată pentru efectul vitaminic în nevrite periferice.

Biotina (vitamina H — factor bios II) interferează cu enzimele biotino-dependente în diverse procese enzimatice (sinteze de acizi grași și colesterol, aminoacizi, baze purinice și pirimidinice ale acizilor nucleici, proteinelor tisulare și enzimatice). Hipovitaminoza determină paloare, somnolență, anorexie, astenie, anemie, parestezii. Este recomandată în etilismul cronic, scleroze multiple, boala Parkinson.

Mezoinozitolul (factorul bios I) se pare că are un rol deosebit în funcțiile SN, probabil prin reglarea permeabilității membranei neuronale pentru Na$^+$, K$^+$, Ca^{++} ; determină stimulare colinergică în țesutul nervos și declanșează potențialul de acțiune. Sub formă de Tonasit este utilizat în tulburări de creștere, neurastenie.

Acidul paraaminobenzoic (vitamina H$_2$, Gerovital H$_3$, aslavital) este prezent în structura acizilor folici și folinici în stare liberă, iar în creier sub formă legată de proteine. Gerovitalul H$_3$ are ca principiu activ procaina clorhidrică, iar Aslavitalul are un adaos de factori antiaterogeni și activatori. Se folosesc ca factori eutrofici regeneratori, cu acțiune biocatalitică celulară și de reglare a metabolismului lipidelor și colesterolului, antiaterogeni, ca factori de ameliorare a circulației cerebrale și a metabolismului celulei nervoase. Cele două produse sînt utilizate profilactic și curativ în procesele de îmbătrînire precoce cerebrală, neurastenie, surmenaj intelectual, tulburări de memorie, de atenție, depresie, hiperemotivitate la vîrstnici și adulți, ASC, tulburări de dezvoltare psihosomatică la copii, sechele ale unor afecțiuni neurologice.



VITAMINA D

Carența de vitamină B$_{12}$ produce anemii biermeriene, iar carența de acid folic — anemii monocitare (de sarcină, din pelagră, din sprue). Sindroamele psihoanemice se caracterizează prin confuzie, delir, stări depresive sau maniacale, chiar disociative. Tratamentul anticomițial (în special cu difenil-hidantoină) ar produce uneori anemii megaloblastice, care dispar la administrarea de acid folic. Aceste efecte ale carenței de vitamină B$_{12}$ se datoresc rolului ei în procesul de creștere, în formarea adrenalinei, colinei, creatininei, biosintezei de acid ribonucleic și acid dezoxiribonucleic. De asemenea, este implicată în interconversiunea și utilizarea aminoacizilor, biosinteza proteinelor, mai ales a hemoglobinei, unele metabolisme intermediare.

În terapeutica psihiatrică sînt implicate carențe aflate în stadiul infra-clinic (precarențe). În schizofrenie, ar exista un deficit de vitamină PP. HAWKINS și PAULING au introdus conceptul de „psihiatrie ortomoleculară", propunînd o megavitaminoterapie și o plurivitaminoterapie, concomitente cu alte corecții metabolice (de exemplu, hipoglicemia, frecventă în schizofrenie) ; studii mai recente au infirmat însă această teorie. TOMASILO și colab. au demonstrat că, la alcoolici, există un deficit de absorbție a tiaminei (ei au utilizat tiamina marcată). Studiile clinice recente în legătură cu megavitaminoterapia oferă perspective interesante pentru viitor.

178. **VITAZELL**$^{(M)}$ Germania — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent de tip α,-α-difenil-2 piperidenmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale în preinvoluție, tulburări de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în timpul sarcinii și la vîrstnici.

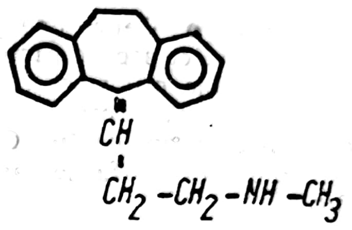
179. **VIVACTIL**$^{(M)}$ SUA — DCI *Protriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip N-metil-5H-dibenzo/a, d/cicloheptan-5-propilamină, cu acțiune asemănătoare Nortriptilinei, fără efecte sedative. Este indicat mai ales în depresii inhibate. Are efecte secundare numeroase. Nu se administrează în timpul sarcinii.

180. **VIVAL**$^{(M)}$ Norvegia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

181. **VIVALAN**$^{(M)}$ Anglia, Belgia, Elveția
VIVARINT$^{(M)}$ Spania
— DCI *Viloxazină* ● Antidepresiv timoleptic cu o structură chimică aparte, de tip 2-/(0-etoxifenoxi)metil/ morfolină. Este indicat în depresiile endogene, în schizofrenie și epilepsie cu componentă depresivă. Nu are acțiune anxiolitică și sedativă. Necesită asocierea.

182. **VIVES Juan-Luis** (1492—1540) ● Filozof și umanist, prieten cu ERASMUS. A predat în marile universități ale vremii : Louvain și Oxford. Pentru istoria psihiatriei prezintă importanță lucrarea sa „De subventione pauperum" (Subvenția săracului), 1530, în care a pus problema bolnavilor psihici, precum și a atitudinii medicale față de aceștia, recomandînd tratamente diferențiate : calmante, regim sau reeducare treptată, „pentru a reintroduce în spiritele lor liniștea, punct de plecare a unei reintoarceri a judecății și rațiunii".

183. **VIVIDYL**$^{(M)}$ Italia — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic, de tip 10,11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo-/a,d/cicloheptan-$\Delta^{5,\gamma}$-propilamină,



cu acțiune mai rapidă decit a Amitriptilinei, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

184. **VIVOL**$^{(M)}$ Canada ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic. — sin. VIVAL$^{(M)}$ Norvegia → DIAZEPAM$^{(M)}$ România.

185. **VIZIUNE PANORAMICĂ** ● Tulburare de conștiință în cadrul căreia bolnavul are impresia că retrăiește un episod anterior din existența sa și se comportă ca și cum ar fi în situația respectivă, avînd și starea afectivă corespunzătoare. Această „memorie panoramică" este legată de așa-numitele stări de vis („dreamy states"). Viziunea panoramică se deosebește de fenomenele de tip „déjà" (vu, vecu, entendu) prin faptul că subiectul percepe o realitate inexistentă în timpul respectiv (în timp ce în fenomenele „déjà" are impresia că realitatea a fost percepută anterior și de aceea o consideră familiară).

186. **VIZIUNE RETROSPECTIVĂ PANORAMICĂ** (cf. lat. *visio* „vedere, imagine, viziune") ● Forma cea mai complexă de hipermnezie, caracterizată prin impresia pe care o are subiectul că revede și retrăiește intens (ca într-un film), într-un interval de cîteva momente, întreaga sa existență anterioară. Această tulburare de memorie se întîlnește în stări anxioase paroxistice sau în stări confuzionale reactive (momente de pericol vital iminent) și însoțește uneori crizele de epilepsie temporală.

187. **VIZOGNOZIE-VIZUOGNOZE** (cf. lat. *visus* „vedere, aspect" ; gr. *gnosis* „cunoaș-

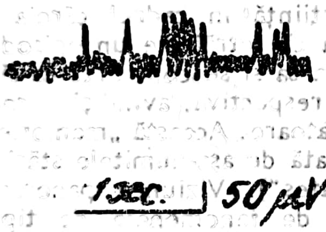
tere") ● Funcţie a psihismului ce realizează recunoaşterea şi înţelegerea unor imagini vizuale. Tulburarea sa, prin leziuni corticale, dă naştere agnoziei vizuale (→ AGNOZIE).

188. **VIZUALE$^{(II)}$ halucinaţii** (cf. lat. *visualis* vezi lat. *visus* „vedere") $\xrightarrow{sin.}$ OPTICE$^{(II)}$ halucinaţii.

189. **VIZUALE$^{(I)}$ iluzii** $\xrightarrow{sin.}$ OPTICE$^{(I)}$ iluzii.

190. **VÎRF EEG** ● Deflexiune pe traseul electroencefalografic cu aspect particular: ascuţită, cu amplitudine mai mare cu minimum 50% decît cea normală, reprezentînd un element caracteristic de tip iritativ. Ca variante morfologice, se descriu vîrfurile rapide, lente şi polivîrfuri.

Vîrful rapid are o amplitudine crescută (peste 50% faţă de traseul de fond, pînă la 500 µV), frecvenţa mare şi durată scurtă (aproximativ 30 m/s), morfologic pantele ascendente şi descendente fiind foarte abrupte. Vîrfurile rapide apar localizate sau generalizate, izolate sau grupate, sincrone sau asincrone, luînd naştere prin acţiunea sincronă a unui grup neuronal.



ASPECTE GRAFICE DE VÎRFURI („SPIKE POINTE") ŞI DE POLIVÎRFURI

Vîrful lent, alt element caracteristic iritativ, reflectă o localizare mai profundă faţă de electrodul de culegere. Amplitudinea este crescută (200—300 µV), durata mai mare — variabilă, apropiată de a ritmului teta, morfologic panta ascendentă fiind abruptă, iar cea descendentă mai lină. Datorită aspectului morfologic, vîrfurile lente au primit şi denumirea de „sharp waves". Apar izolate sau grupate, localizate sau generalizate.

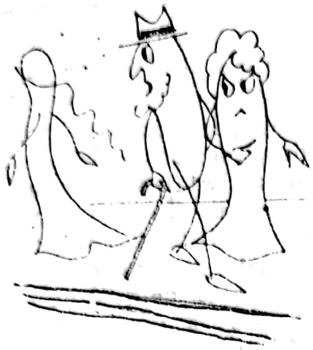
Polivîrfurile reprezintă elemente iritative caracteristice fazei clonice a grand mal-ului epileptic. Sînt grupări de deflexiuni ascuţite asemănătoare vîrfurilor rapide, cu o frecvenţă de 3—8 c/s, survenind în bufee generalizate sau localizate, separate prin unde lente sau porţiuni de traseu normal. Asocierea vîrfurilor cu undele, după regula „vîrful precede unda", realizează complexele „vîrf-undă".

Traseele electroencefalografice pe care vîrfurile apar localizate sugerează existenţa unei entităţi patologice de tipul epilepsiei parţiale, a atrofiei corticale, arteriosclerozei cerebrale sau contuziei cerebrale. Generalizarea vîrfurilor rapide apare în crizele tonice ale epilepsiei grand mal, iar a vîrfurilor lente — în epilepsia parţială şi tumori cu sediu profund. Elementele de tip iritativ se mai întîlnesc, fără a avea un caracter constant şi specificitate, la personalităţi dizarmonice, în special la impulsivi, în traumatisme cranio-cerebrale, demenţă vasculară, schizofrenie, hipocalcemie.

191. **VÎRSTĂ CRITICĂ** ● Perioadă relativ circumscrisă temporal şi tranzitorie din viaţa individului, în care au loc modificări semnificative de ordin fizic, fiziologic, şi psihic, trăite uneori ca momente de criză sau de impas psihologic. Este un concept cu valoare operaţională. „Vîrsta problematică" prezintă un aspect diferenţiat de la un individ la altul, în funcţie de particularităţile dezvoltării biologice şi psihologice individuale, dar şi de varietatea influenţelor de mediu (educaţionale, sociale, situaţionale etc.).

În perspectiva ciclurilor vieţii, se apreciază că adolescenţa, senescenţa, perioadele de tranziţie de la un stadiu de viaţă al altul oferă condiţii propice pentru instalarea unor stări critice, a căror depăşire se soldează cu atingerea unui nivel calitativ nou, în sens ascendent-evolutiv sau descendent-involutiv. Adolescenţa, cu latura sa complementară, pubertatea, se caracterizează prin multiple modificări structural-funcţionale, în plan somatic, fizic şi psihologic, legate de creşterea în puseu şi maturizarea sexuală, de sistemele endocrine şi metabolice, de crizele de originalitatea juvenilă etc. M. MEAD a semnalat în unele colectivităţi primitive australiene lipsa fenomenului de criză pubertară, dată fiind absenţa problemelor socio-culturale complexe pe care le ridică societăţile civilizate. Printre intervalele de tranziţie cu un potenţial critic mai ridicat, se numără etape de trecere de la adolescenţă la vîrsta adultă.

„Criza de identitate", care domină intervalul între 17—25 de ani, este generată de coexistenţa statutului de adolescent (cu roluri biologice şi sociale virtuale de adult) cu cel de adult tînăr. Momente de criză, favorizate de factori biologici, sociali şi situaţionali, mai pot interveni la intrarea în şcoală, la constituirea unei familii, în perioada de gestaţie, la apariţia menarhei, la climacteriu, sau andropauză etc.



S-a acreditat ideea că între 40—50 de ani, ca perioadă de repliere şi bilanţ în viaţă şi activitate, nevoia de schimbare este aşa mare, încît omul îşi schimbă fie locuinţa, fie slujba, fie partenerul de viaţă, sens în care se vorbeşte de o a doua „criză de originalitate". Concomitent, se înregistrează o rată mai mare de deces la persoanele puternic angajate profesional sau la cele care cumulează insuccese repetate.

Caracterul critic al vîrstelor de involuţie este legat atît de ieşirea din activitatea profesională, care restrînge cîmpul relaţiilor sociale şi al activităţilor util productive de factorii trofici, hormonali, fiziologici sau dinamogeni. Caracteristică vîrstelor critice este o fragilizare a structurilor psihice, prin „altoirea" pe un anumit statut de vîrstă (circumscris bio-psihosocial) a unor stimulări de un gen sau altul, corelate cu o permeabilitate mai mare la boala psihică sau somatică.

Psihogeniile sînt expresia cea mai largă şi mai concludentă a diminuării rezistenţei la stări conflictuale sau la stres a vîrstelor critice inventariate. O serie de manifestări psihopatologice formează însă apanajul unor vîrste relativ bine determinate : schizofreniile pentru adolescenţă, alcoolismul şi tulburările de dinamică sexuală pentru perioadele de tranziţie (cu maximum atins între 40—50 ani), psihozele de involuţie pentru vîrstele înaintate. Cunoaşterea vîrstelor critice este necesară psihiatriei din considerente de ordin curativ şi mai ales pentru atingerea obiectivului prioritar al actului medical, cel de ordin profilactic.

192. **VÎRSTĂ DE DEZVOLTARE** ● Formulă cu valoare operaţională, care se referă la nivelul de dezvoltare psihomotorie a copiilor nou-născuţi şi de vîrste foarte mici, nivel determinat pe baza unor teste specifice (baby tests) ; a fost introdusă de psihologul american A. GESELL, prin analogie cu aceea de vîrstă mintală, aparţinînd lui BINET. Termenul a fost extins pentru vîrstele de creştere mai avansate de către TENNER şi este echivalat de unii autori cu termenii de inteligenţă, coeficient mintal, coeficient de dezvoltare sau de vîrstă (ZAZZO).

193. **VÎRSTĂ MINTALĂ** ● Concept cu valoare operaţională care exprimă, prin opoziţie cu vîrsta cronologică, nivelul intelectual infantil determinat psihometric (prin calculul statistic al performanţelor obţinute la o serie de teste etalonate pentru fiecare vîrstă şi al eşecurilor sau reuşitelor la teste pentru vîrstele cronologice superioare). A fost introdus, în 1905, de A. BINET. „Scara metrică" propusă de BINET-SIMON obiectivează avansurile sau întîrzierile în dezvoltarea intelectuală a copiilor la diferite vîrste. Potrivit legii Binet-Simon, se apreciază vîrsta mintală de 12 ani ca un minimum de dezvoltare a inteligenţei, care permite individului desfăşurarea unei activităţi social-utile.

Termenul de coeficient intelectual, introdus de STERN, complementar celui de vîrstă mintală, permite comparaţii intra- şi interindividuale privind inteligeanţa raportată la vîrsta cronologică.

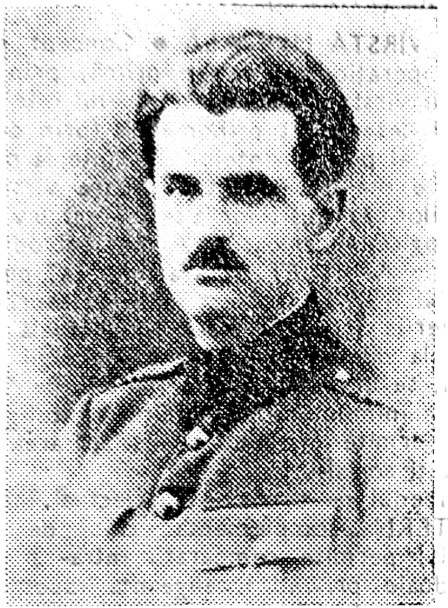
194. **VISCOZITATE** (cf. lat. *viscosus* „încleiat, viscos") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AGLUTINARE.

195. **VÎSCOZITATE MINTALĂ** ● Încetinire a proceselor psihice, creînd senzaţia unor mecanisme împotmolite, a unei curgeri vîscoase, „cleioase", la nivelul procesului gîndirii ; determină scăderea performanţelor intelectuale. Este caracteristică pentru constituţia epileptoidă într-o formă diminuată, dar este constant întîlnită şi în sindromul confuzional, în epilepsie.

196. **VÎŞ-LARIONOV — metodă** ● Metodă care combină sugestia cu electrosomnul. Bolnavului i se induce hipnotic starea de somn, după care se conectează aparatul de electrosomn, ceea ce face ca somnul să fie mai profund şi să decurgă normal pînă la sfîrşitul şedinţei. Metoda imaginată de cei doi autori ruşi (1957) poate fi folosită la personalităţile anxioase, hiperemotive, psihastenice, care se tem de aparatul de electrosomn.

197. **VLAD Constantin** (1891—1971) ● Psihiatru român, promotorul şcolii româneşti de psihanaliză. A studiat la Viena, ca posesor al unei burse de merit, venind în contact cu şcoala psihanalitică vieneză ; şi-a susţinut la Bucureşti (1923) teza de doctorat, „Contribuţii la studiul tratamentului psihanalitic",

sub conducerea lui OBREGIA, adoptînd perspectiva psihosomaticii („aproape nu există o limită între tulburările somatice și cele psihice, tot așa cum și acelea pot să determine pe acestea din urmă“, afirma la 29 iunie 1923, cu ocazia susținerii tezei).



Constantin Vlad

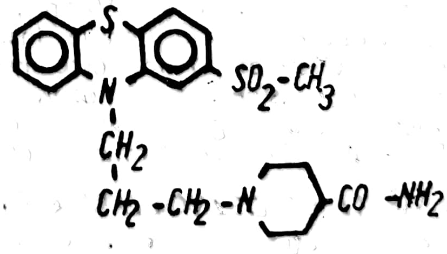
A publicat numeroase lucrări : “În domeniul inconștientului“ (1926) ; „Aspecte psihanalitice“ (1928) ; „Difuziunea nervoasă și simbolismul“ ; „Lumea viselor și a reveriei“ ; „Simptomele morbide psihogene“ ; „Contribuția psihanalitică la expertiza medico-legală (1932, în colaborare cu Mina MINOVICI). Este autorul primului studiu patografic realizat în țara noastră : „Eminescu din punct de vedere psihanalitic“ (1932), studiu, care, dealtfel, a declanșat o polemică vie cu G. CĂLINESCU, încheiată peste 30 de ani, 65, cînd C. VLAD a devenit medicul curant al lui G. CĂLINESCU.

În 1935, a formulat două legi psihodinamice : cea a comunicării instinctuale (care permite scurgerea energiilor pe canale ce se găsesc la dispoziție, cînd unele sînt blocate); inhibițiile repetate exercitate asupra unui instinct îl fac să nu mai poată răspunde decît morbid (cu simptome). Iubirea „stăvilită“ se transformă în ură, ura „stăvilită“ generează frica. Tot lui C. VLAD i se datorește și apariția primei reviste românești de psihanaliză, în februarie 1935. Principalul său discipol este Ioan I. POPESCU-SIBIU.

198. **VOCABULAR** ● În psihologie, ansamblul resurselor lexicale (bagajul de cuvinte) ale unei persoane. Există probe (teste) de vocabular, care vizează, pe de o parte, disponibilitatea subiectului de a înțelege un anumit număr de cuvinte, cu diferite apartenențe categoriale, pe de altă parte, rapiditatea cu care el le utilizează, le integrează, le definește.

În psihopatologie, modificările de vocabular sînt legate de modificările de limbaj (vocabularul intră în activitatea de comunicare, ca element primordial). În sindroamele psihoorganice grave (atrofii corticale, procese arterosclerotice avansate, leziuni cerebrale), vocabularul este sever atins, pe de o parte, prin pierderea propriu-zisă a unui număr important de cuvinte (noțiuni), pe de altă parte prin pierderea (parțială sau totală) a capacității de folosire într-un discurs inteligibil (de integrare sintactică și semantică) a cuvintelor relativ păstrate. Vocabularul suportă modificări semnificative și în discursul psihoticului (de exemplu, neologismele, cuvintele compuse prin contopirea a două noțiuni ; cuvintele deformate ; intensitățile sonore analogiile sonore, paronimiile, afinitățile semantice ; toate acestea provoacă, prin rupturi și combinări de silabe, apariția unor forme lingvistice bizare, avînd drept consecință dispersarea comunicării ; cuvîntul psihoticului se prăbușește, se produce aici o „catastrofă a verbului“). În nevroză, și mai ales în nevroza obsesională, vocabularul se păstrează ca atare, dar se modifică modalitatea de folosire a cuvintelor (problema verosimilului devine o preocupare accentuată a obsesionalului, care caută să asigure în permanență o consistență a celor enunțate ; discursul său devine stufos, dens, ca urmare a tentativelor mereu reluate de exprimare verosimilă ; cuvîntul este trăit cu un risc, iar discursul în sine pare o „experiență hazardată“).

199. **VOGALEN(E)**$^{(M)}$ Belgia, Canada, Franța, Grecia, Mexic, Olanda, Spania — DCI *Metopimazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 1-/3-/2-(metilsulfonil)fenotiazin-10-il/propil/-isonipecotamidă, cu acțiune sedativă și anxiolitică. Are o bună toleranță.



200. **VOGT-SPIELMEYER(B) boală** — sin. BATTEN-MAYOU(B) boală; DEGENERESCENȚĂ MACULARĂ FAMILIALĂ PROGRESIVĂ CU DEMENȚĂ; DEGENERESCENȚĂ MACULO-CEREBRALĂ; DEGENERESCENȚĂ RETINO-CEREBRALĂ; IDIOȚIE AMAUROTICĂ INFANTILĂ; OATMAN(B) boală; SPIELMEYER-STOCK(B) boală; STOCK-SPIELMEYER-VOGT(B) boală. ● Afecțiune considerată drept formă juvenilă a bolii Tay-Sachs (tezaurismoză fosfolipidică, cu degenerescență cerebro-maculară), cu transmisie recesivă. Afecțiunea a fost descrisă succesiv de BATTEN (1903), MAYOU (1904), SPIELMEYER (1905), VOGT (1906), HOLMES și PATTE (1925).

Debutul clinic se situează între 5—15 ani (la naștere copilul este normal), cu scădere treptată a acuității vizuale pînă la cecitate completă, stări accesuale convulsive tonico-clonice, rigiditate extrapiramidală, dispariția mișcărilor automate, redoare, tulburări cerebeloase, mioclonii, atetoză, spasme de torsiune și degradare psihică. Examenul fundului de ochi evidențiază degenerescență retiniană pigmentară de tipul „sare și piper“, regiunea maculară fiind de culoare cărămizie (spre deosebire de boala Tay-Sachs, unde este vișinie).

Biochimic, se remarcă o creștere a monosialogangliozidelor (GM_2 și GM_3). Examenul de laborator depistează limfocite periferice vacuolizate, granulații Adler și imidazolacidurie. Anatomopatologic, leziunile sînt asemănătoare cu cele din boala Tay-Sachs. Evoluția este gravă, spre exitus.

201. **VOIERISM** (cf. fr. *voyeurisme* : vezi lat. *videre* „a vedea“) — sin. SCOPTOFILIE ● Modalitate de a obține plăcerea sexuală prin urmărirea actului sexual al unui cuplu, grup sau prin spionarea unor persoane de sex opus (sau de același sex) în timpul dezbrăcării, micțiunii, defecării, recurgîndu-se la masturbare fie în momentul vizionării, fie ulterior, la amintirea scenei vizionate. Uneori plăcerea sexuală se obține prin imaginarea persoanei spionate în situații umilitoare. Fenomenul nu este menționat în „Clasificarea internațională a bolilor“, este inclus de DSM III la parafilii, iar de autorii de limba franceză, la perversiuni sexuale prin deformarea actului sexual. Această perversiune sexuală este derivată din faptul că, la om, vederea obiectului excitant are un rol primordial (spre deosebire de animale, la care acest rol îl joacă mirosul). Voierismul poate fi practicat fie spionînd prin ferestre, fie într-un cadru „organizat“ (cluburi, localuri unde se practică acest gen de spectacol „pe viu“ sau prin videocasete, filme etc.). El se asociază frecvent cu sado-masochismul, homosexualitatea. Se pare că un rol favorizant în apariția voierismului îl au greșelile educaționale determinate de nonconformismul părinților care apar dezbrăcați în fața copiilor, precum și practicarea nudismului pe plajă, care excită imaginația copilului și a adolescentului.

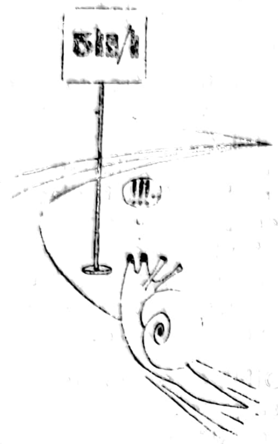
Curentul psihanalitic consideră că voierismul este strîns legat de exhibiționism : în perioada cînd este interesat de propriul său corp, copilul se află într-un stadiu de autoerotism, implicînd atît plăcerea de a privi, cît și plăcerea de a fi privit. Ulterior, el își îndreaptă atenția spre un obiect exterior, care va fi însă abandonat, copilul reintorcîndu-se la propriul corp cu dorința de a fi privit, fapt care îi provoacă plăcere.

202. **VOINȚĂ** ● Funcție psihică legată de actualizarea și realizarea intențiilor, prin organizarea operațională a acțiunilor și structurare decizională. Ea presupune inteligență și responsabilitate, implicînd în mod clasic conceperea unui proiect, aprecierea celei mai bune acțiuni (deliberare), decizii și executarea acțiunii pînă la sfîrșitul actului. Etapele desfășurării actului voluntar sînt :

- lupta motivelor potențiale sau active, în scopul orientării efortului volitiv spre o anumită direcție ;
- adoptarea hotărîrii, care constă în sancționarea scopului pregătirii căilor pentru realizarea lui ;
- executarea unor acțiuni care implică mobilizarea unui efort volițional.

Astfel, strîns legată de sistemul motivațional, voința este „forța ordonatoare cea mai înaltă pe care natura a produs-o pînă acum“ (MAUDSLEY). RIBOT, primul care s-a ocupat de tulburările voinței, consideră că aceasta este „simplă stare de conștiință, care nu are prin ea însăși nici o eficacitate pentru a produce o mișcare sau o oprire“. Sensul și direcția voinței, tensiunea efortului volițional își găsesc suportul în substratul afectiv-cognitiv, devenind „latură reglatorie“ a conștiinței (PREDESCU).

Clasicii presupuneau că voința ar avea o latură inhibitorie, frenatorie, modelată sociocultural, și o latură activă, dinamizatoare, avînd aceeași modelare. În realitate, este vorba de o participare în proporții variabile, în funcție de situații, a ambelor laturi, în susținerea efortului volițional. Concepțiile care stabilesc o ierarhizare a funcțiilor psihice (JACKSON) consideră că cele de rang superior, care le controlează şi le subordonează pe celelalte sînt cele mai „voluntare". Caracteriologia descrie un tip voluntar, cu o „capacitate de decizie fermă", depăşind obstacole (PIÈRON). Acest punct de vedere nu sesizează aspectul de conduită raţională al voinţei şi implicaţiile sale etico-morale („ascensiunea morală conducînd la libertate" — SUTTER), tipul voluntar prezentînd caracteristicile unei dominaţii instaurate pentru beneficiul propriu, în defavoarea iniţiativelor şi a independenţei celorlalţi. Pentru psihanalişti, este expresia unei personalităţi echilibrate.



„Maladiile voinţei" au fost studiate pentru prima dată de RIBOT, care a insistat asupra abuliilor şi tulburărilor de voinţă care însoţesc ideile obsesive şi impulsiunile. În funcţie de suportul voliţional, care poate fi precis conturat, pierdut sau destructurat, tulburările voinţei au fost clasificate în : hiperbulii, hipobulii, abulii, impulsiuni şi parabulii. Aceste tulburări sînt frecvent observate în psihopatologie, dar şi în situaţii nepatologice, adeseori conduite umane considerate voluntare relevînd în fond capacitatea individului de a cunoaşte realitatea, de anticipaţie şi de asumare a unor responsabilităţi.

203. **VOINŢĂ — tulburări** ● În mod clasic, se distinge între o voinţă inhibitorie, negativă, frenatorie, şi o voinţă activă, pozitivă, dinamizatoare ; de fapt, orice act de voinţă presupune participarea ambelor componente în proporţii variabile, într-un raport întotdeauna semnificativ. Astfel, tulburările de voinţă pot fi clasificate („Vademecum în psihiatrie") în :

● Tulburări cu suport motivaţional precis :
- hiperbulia : cu suport motivaţional delirant ; electivă ; din stările obsesivo-fobice.

● Tulburări prin pierderea suportului voliţional :
- hipobulia : cu caracter global ; cu caracter electiv ;
- abulia ;
- impulsivitatea.

● Tulburări secundare destructurării suportului motivaţional :
- parabulia.

204. **VOISIN Felix-Auguste** (1794—1872) ● Psihiatru francez. A studiat medicina la Paris (1812—1819) şi a devenit elev al lui ESQUIROL. Împreună cu FALRET, după o vizită la Gheel în Olanda, a întemeiat o casă de sănătate (1823) şi, zece ani mai tîrziu, un serviciu pentru epileptici şi deficienţi mintal. Din 1840 a funcţionat timp de un sfert de secol la Bicêtre, de unde s-a şi pensionat. A fost unul dintre primii alienişti preocupaţi de problema idioţiei şi de recuperarea acestor subiecţi prin educaţie specială. Adept al curentului frenologic, a fost interesat de reflectarea „localizărilor cerebrale" asupra vieţii morale a individului. Publicînd o serie de volume pe această temă, a cerut, în două rapoarte către Academie, pedeapsa cu moartea pe considerente „biologice".

Felix Voisin

205. **VOISIN Auguste Félix** (1829—1898) ● Psihiatru francez. Elev al lui DELASIEAUVE şi MOREAU de TOURS, i-a succedat unchiului său, VOISIN Félix, în 1865, la Bicêtre, iar doi ani mai tîrziu — lui FALRET la Salpêtrière. A experimentat o serie de substanţe în trata-

Auguste Voisin

mentul afecțiunilor psihice (hormoni în epilepsie, morfină în psihoze) și ulterior a devenit un adept înfocat al hipnozei și hipnotismului. Opera sa este puțin importantă, fiind consacrată îndeosebi metodei de tratament prin hipnoză.

206. **VOISIN Jules** (1844—1920) ● Ultimul descendent cu preocupări psihiatrice al familiei VOISIN (nepot al lui Auguste). A studiat medicina la Paris. A fost medic la Bicêtre, în 1879 ; i-a urmat, în 1886, lui LEGRAND du SAULLE la Salpêtrière, asigurînd și funcția de medic adjunct la Infirmeria Specială a Prefecturii Poliției din Paris. Președinte al Societății franceze de hipnoză, a prezidat, în 1900, al doilea Congres de Hipnotism ținut la Paris. Principalele sale preocupări s-au adresat atît hipnozei cît și epilepsiei și reeducării handicapaților psihici.

207. **VOLAXIN$^{(M)}$** SUA — DCI *Feniltoloxamină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip N, N-dimetil-2-(α-fenil-0-toliloxi)etilamină, cu acțiune marcat antihistaminică, pe lîngă cea tranchilizantă.

208. **VOLITAL$^{(M)}$** Anglia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

209. **VOLTAIRE François-Marie-Arouet** (1694—1778) ● Scriitor și gînditor iluminist francez ; a întruchipat spiritul „luminilor“ prin

Voltaire

raționalismul și ireligiozitatea sa, prin negarea fanatismului și a prejudecăților, a privilegiilor, a intoleranței și abuzurilor. A abordat genurile tradiționale ale clasicismului : tragedia („Zaira“, „Mahomed“), epopeea („Henriada“), poemul („Poemul despre dezastrul de la Lisabona“), povestiri și romane satirico-filozofice („Zadig“, „Micromegas“, „Naivul“, „Candide“), pamflete ; este autorul unor scrieri filozofice, al unui dicționar filozofic, precum și al unor opere istorice („Istoria lui Carol al XII-lea“, „Secolul lui Ludovic al XIV-lea“). În operele sale a criticat providențialismul, opunîndu-i o „filozofie a istoriei“ bazată pe ideea dezvoltării progresive a societății. A satirizat „finalismul“ lui LEIBNIZ și optimismul său necritic, iar sub influența lui LOCKE a criticat de pe poziții senzualiste, dualismul cartezian și teoria ideilor înnăscute, recomandînd cercetarea naturii cu metode experimentale.

210. **VOLUNTAR** (cf. lat. *voluntarius* : vezi *voluntas* „voință“) ● În sens larg — calitatea oricărui comportament orientat și controlat conștient, care implică elaborare mintală

anticipativă și efort voluntar, opunîndu-se reflexelor stereotipe, automatismelor sau comportamentelor izvorîte dintr-o constrîngere.

În sens strict — orice act sau atitudine care exprimă voință, capacitate fermă de decizie și control puternic ale Eului în depășirea obstacolelor. În particular, MALAPERT descrie un tip voluntar, caracterizat prin control inhibitor sau „voință crescîndă", prin autoritate și tendință de a se impune în orice circumstanță.

Poate fi o trăsătură caracterială pozitivă, atunci cînd este circumscrisă unei personalități echilibrate, armonioase, a cărei voință este orientată spre scopuri socialmente utile. Poate căpăta semnificație psihopatologică cînd voința este pusă în slujba unor scopuri meschine sau dăunătoare pentru ceilalți, urmărite cu tenacitate pînă la ultimele consecințe, așa cum se întîmplă la personalitățile dizarmonice paranoiace și, uneori, narcisistice.

211. **VOLUNTARISM** (cf. lat. *voluntarius* : vezi lat. *voluntas*) ● Teorie psihologică și doctrină filozofică ce absolutizează voința, considerînd-o superioară față de însușirile intelectuale și de realitatea obiectivă. În filozofie (concepția lui SCHOPENHAUER, NIETZSCHE) voluntarismul afirmă existența unei voințe cosmice la baza universului.

Sub aspect psihologic, voluntarismul reprezintă o deviere subiectivă, constînd în aceea că activitatea se reduce la voință ; procesele intelectuale sînt considerate ca subordonate voinței. Procesele cognitive și voliționale sînt legate între ele, ca procese mintale într-o mișcare dialectică, dar afirmația că voința subordonează cunoașterea este o afirmație eronată.

212. **VOLUPTATE** (cf. lat. *voluptas* „plăcere") ● Termen care cunoaște cel puțin două accepțiuni :

● În sens larg, exprimă sentimentul de încîntare și desfătare sufletească, de plăcere a simțurilor, resimțit în fața unei opere de artă sau în cursul desăvîrșirii unui act creator de valori spirituale sau materiale (sentiment determinat de satisfacerea unei nevoi spirituale profunde).

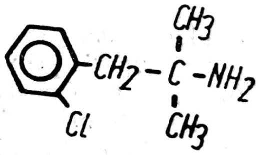
● În sens restrîns, se referă la senzația intensă de plăcere înregistrată în urma stimulării mecanice a regiunilor genitale, în cursul unui contact sexual normal sau patologic.

213. **VOMISMENT CEREBRAL semn** (cf. fr. *vomissement*) ● Semn întîlnit frecvent în hipertensiunea intracraniană datorată unor procese expansive localizate în fosa posterioară ; este produs de acțiunea hipertensiunii intracraniene asupra centrilor bulbari sau în condiții care determină un proces de iritație labirintică. Vărsăturile de origine centrală survin, de regulă, fără a fi precedate de senzația de greață ; sînt mai frecvente dimineața, la schimbări de poziție, după eforturi mici. Ele pot însoți crizele de cefalee, instalîndu-se în mod repetat, accesual și pot fi însoțite de sughiț de origine centrală.

214. **VOMITOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. lat. *vomitare* „a vărsa" ; gr. *phobos* „frică") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EMETOFOBIE$^{(F)}$.

215. **VONTIL**$^{(M)}$ SUA — DCI *Tioproperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinat fenotiazinic, de tip N, N-dimetil-10-/3-(4-metil-1-pierazinil)propil/-2-fenotiazin sulfonamidă, cu marcate valențe antipsihotice și antiemetice, dar cu puternice efecte secundare de tip NL incisiv, care îi circumscriu utilizarea, fără însă să o contraindice decît în timpul sarcinii.

216. **VORANIL**$^{(M)}$ SUA — DCI *Clortermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 0-clor-α,α-dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu neuroleptice → PSIHOSTIMULENTE.



217. **VORBIRE** ● Activitate de utilizare a limbajului oral într-un proces de comunicare. Ca modalitate naturală a limbajului, deci a exprimării individului uman, vorbirea implică disponibilitățile subiectului în ceea ce au ele mai specific. În cursul vorbirii, cuvîntul devine un instrument, pe care persoana îl manevrează și prin aceasta ea se prezintă, se afirmă, se manifestă. Vorbirea se realizează îndeosebi prin dialog (dialogul presupune existența a doi sau mai mulți parteneri, care emit și primesc mesaje, alternativ, avînd drept scop, explicit sau implicit, realizarea unui acord, cooperarea).

O altă formă de realizare a vorbirii este monologul. Trăsăturile vorbirii, ca limbaj oral sînt următoarele :

- are caracter situaţional, depinzînd de parametrii exteriori ai situaţiei de comunicare în care se plasează subiectul vorbitor ;
- se ancorează în acelaşi timp în starea actuală a persoanei, în registrul de trebuinţe, interese, emoţii reactualizate ;
- se modelează în funcţie de interlocutor, în funcţie de aşteptarea interlocutorului, de interesele sale.

Calităţile expresivităţii şi plasticităţii verbale (intonaţie, timbru, organizare, construcţie etc.) există şi se desfăşoară în funcţie de experienţele subiective anterioare ale vorbirii (modele interiorizate, dezvoltate, modificate pe linia existenţei, sub aspect informativ şi formativ, avînd ca rezultat un stil), în funcţie de experienţe care se activează periodic, în diferite împrejurări, unele fiind asemănătoare (de exemplu, situaţiile profesionale), toate fiind însă nonidentice. Stilul de vorbire este în mare măsură stilul persoanei (vorbirea ca formă a conduitei orale). După P. JANET, dezvoltarea limbajului presupune, pe de o parte, dezvoltarea actelor intelectuale elementare, pe de altă parte (simultan), evoluţia conduitelor sociale ; pentru JANET, există două conduite principale : comanda şi supunerea. El consideră că majoritatea expresiilor verbale conţin cele două forme de acţiune.

Socialul a imprimat comenzii forma vocală, „auzul a devenit simţul social prin excelenţă şi comenzile s-au adresat mai ales auzului, ceea ce a determinat caracterul vocal al limbajului“ (Stela TEODORESCU, 1972). JANET distinge între ţipăt şi formula verbală, susţinînd că ţipetele devin formulă verbală cînd capătă dimensiune socială în cazul (fenomenul) psihologic al comenzii.

În psihopatologie, însuşirile vorbirii prezintă un registru larg de particularităţi, de la cele specifice personalităţilor accentuate (la graniţa cu patologicul), pînă la destructurările de limbaj din psihozele schizofrenice. De exemplu, activitatea verbală a istericului este marcată de lauda de sine, de autoaprecieri pozitive sau devine un discurs fantezist, pînă la o pseudologie fantastică ; intonaţia este accentuată, tonalitatea are o amprentă patetică ; la depresivi, vorbirea este lentă, cu ritmul diminuat, cu timbru scăzut.

Expresivitatea şi plasticitatea vorbirii sînt modificate în funcţie de intensitatea simptomatologiei psihopatologice şi a maladiei în ansamblul ei, precum şi de trăsăturile personalităţii premorbide.

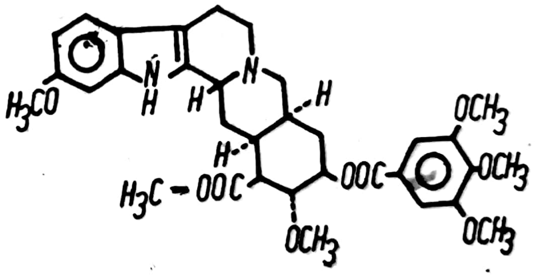
218. **VORBIRE ALEGORICĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEISSER^{S} simptom.

219. **VORONCOV$^{(S)}$ sindrom** ● Formă de epilepsie infantilă (a perioadei cuprinsă între 2—4 ani), caracterizată prin accese migrenoase, fără semne neurologice sau tulburări psihice de tip organic. Electroencefalograma evidenţiază descărcări hipersincrone generalizate. Evoluţia este favorabilă, pubertatea „ştergînd“ simptomatologia.

220. **VOVATINE$^{(M)}$** Franţa — DCI *Captodiamă* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip 2-/p-(butiltio)-α-fenilbenziltio/-N, N-dimetiletilamină, cu valenţe anxiolitice şi sedative comparabile cu ale produsului românesc HIDROXIZIN$^{(M)}$. Are o bună toleranţă, ceea ce-i conferă o largă utilitate.

221. **VRONO^{s} simptom** ● Semn iniţial al schizofreniei prepubertare, caracterizat prin atracţia unilaterală pe care copilul o are pentru lectură, cititul devenind unica sa ocupaţie, atît la şcoală, cît şi acasă ; încercările de a-l sustrage de la această activitate sau de a discuta pe marginea celor citite sînt privite cu ostilitate şi ură. Această „beţie a lecturii“ este însă neproductivă şi unilaterală, devenind repede semnul unei lumi închise. Sindromul a fost descris de VRONO, în 1971. Foarte recentele descrieri ale „bolii calculatoarelor“ — copii care îşi petrec 12—16 ore pe zi în faţa „home computer“-ului — se pot asimila acestui simptom.

222. **V-SERP$^{(M)}$** SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acţiune sedativă centrală, uşor anxiolitică şi net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.



223. **VULNERABILITATE** (cf. lat. *vulnerabilis* : vezi *vulnus* „rană“) ● Însuşirea de a fi vulnerabil, adică de a fi uşor de rănit, atacabil. Vulnerabilitatea se referă la punctul slab al unei persoane, la acea parte a sa caracterizată printr-o sensibilitate crescută. Persoanele cu trăsături nevrotice sau cele suferind de o

simptomatologie nevrotică prezintă o reactivitate crescută în relațiile cu ceilalți, avînd de fapt o sensibilitate crescută la manifestările celorlalți. Nevroticul este vulnerabil în raporturile sale cu realitatea, sensibilitatea lui fiind ușor de rănit, în măsura în care el nu reușește să se pună în acord cu principiul realității (vulnerabilitatea nevroticului rezidă în calitatea Eului său).

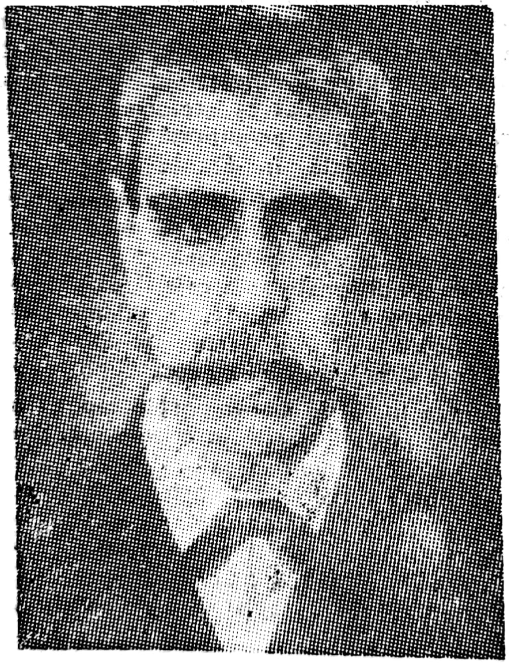
Inferioritatea reală sau imaginară este de natură să accentueze vulnerabilitatea persoanei respective ; nevroticul are un disconfort permanent în relațiile cu lumea, simțindu-se, în mod nejustificat, atacat sau rănit, datorită faptului că percepe deformat atitudinile și reacțiile celorlalți față de persoana sa ; susceptibilitatea crescută a nevroticului este un semn al vulnerabilității acestuia. În general, o persoană vulnerabilă este o persoană imatură emoțional ; aparent, ea poate manifesta o toleranță relativ crescută la frustrare și o atitudine comprehensivă față de ceilalți.

224. **VVEDENSCHI Nicolai** (1852–1922) ● Fiziolog rus, care a subliniat legăturile dintre psihiatrie și fiziologia sistemului nervos. Este creatorul teoriei paraliziei, care a avut o deosebită influență asupra neurofiziologiei. Este, de asemenea, creatorul termenului de „labilitate".

W

1. **WAARDENBURG$^{(s)}$ sindrom** ● Sindrom al cărui tablou clinic asociază frecvent debilitatea mintală cu surditatea, hipertelorism și heterocromie iriană. În etiopatogenia sa este incriminat un defect genetic autosomal cu mod de transmitere dominant.

2. **WAGNER von JAUREGG Julius** (1857—1940) ● Psihiatru austriac. Și-a făcut studiile medicale la Viena (1874—1880), și l-a cunoscut pe FREUD în laboratorul de patologie experimentală a lui STRICKER. Atras de psihiatrie, și-a canalizat eforturile asupra a trei arii de preocupări : reforma legislației austriece privind regimul bolnavilor psihici, terapia cu iod în unele forme de cretinism și malarioterapia de care și-a legat numele (1917) și care l-a adus premiul Nobel (1927) ; a conferit psihiatriei singura metodă de tratament a paraliziei generale progresive, pînă la descoperirea penicilinterapiei.



Julius Wagner von Jauregg

3. **WAGNER von JAUREGG^{s} simptom** ● Simptom care ar consta în reușita comunicării cu bolnavul aflat în stare de stupoare catatonică, în cazul compresiunii globilor oculari. Simptomul este extrem de variabil și impune riscurile oricărei compresiuni oculare (sincopă, dezlipire de retină), ca și reacții imprevizibile din partea pacientului. A fost descris de părintele malarioterapiei, WAGNER von JAUREGG.

4. **WAGNERISM** (de la WAGNER von JAUREGG) ● Denumire puțin folosită la ora actuală pentru impaludarea terapeutică. Ca metodă, termenul nu mai prezintă decît interes istoric.

5. **WALKER-DANDY$^{(s)}$ sindrom** ● Atrezie prenatală a formanenului ventriculului IV, care determină dilatarea de tip chistic a acestuia și o dilatare moderată a celorlalți ventriculi. Tratamentul acestei hidrocefalii este numai chirurgical. Sindromul a fost descris de WALKER și DANDY în anul 1919.

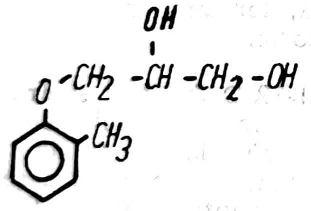
6. **„WALK IN“ — tip de clinică** (engl.) ● Tip de instituție de asistență psihiatrică, dezvoltat în ultimele trei decenii. Prima clinică „W.I.“ a fost inițiată la spitalul Maudsley („Departamentul de accidente psihiatrice“, 1953) din Londra, sistemul cunoscînd o extindere deosebită în deceniul șapte în SUA (cel mai cunoscut fiind Centrul Benjamin Rush).

Destinate terapiei crizei și bazîndu-se pe teoria adaptării (coping theory), clinicile „W.I.“ urmăresc să acorde asistență permanentă de prim contact într-o terapie scurtă (cel mult șase întrevederi cu pacientul aflat în moment de maximă nevoie de ajutor, dar și de disponibilitate de a-l primi). Pacienții în general tineri, care au reală nevoie de ajutor psihiatric (MINDHAM), se prezintă pentru o patologie nevrotică sau pentru tulburări ale personalității în 66% din cazuri, pentru o patologie psihotică în 20% din cazuri; în alte cazuri, fără a fi bolnavi, subiecții nu pot face față unei situații stresante ocazionale.

Contactul cu terapeutul se axează de la început pe rezolvarea crizei într-un interval minim de timp. De altfel, fiecare întrevedere este realizată de așa natură încît să poată fi ultima (25% din pacienți nu mai revin la o a doua întrevedere). KELNER și SHEFFIELD afirmă că există o reducere evidentă și cuantificabilă a simptomatologiei după vizita la clinică și înaintea oricărui alt tratament. Pacientul este ajutat de terapeut să-și conștientizeze problematica și să-și descopere resursele adaptative pentru depășirea momentului crizei. Terapeutul trece de pe poziția inițială de consilier pe una pasivă, moderată, lăsînd ca prin inițiativa redobîndită, pacientul să-și recapete încrederea în sine.

Clinicile „W.I." economisesc timp și mijloace materiale devenind eficiente prin evitarea spitalizării. Folosirea psihoterapiei la momentul oportun, chiar dacă este scurtă și simptomatică („bandaj psihic"), diminuează eforturile ulterioare.

7. **WALKO-NESIN**$^{(M)}$ SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip



3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

8. **WALLENBERG**$^{(S)}$ **sindrom** — sin. RETROOLIVAR$^{(S)}$ sindrom; SINDROM LATERAL AL BULBULUI ● Sindrom determinat de ramolismentul părții laterale a bulbului; se caracterizează prin: hemipareză încrucișată tranzitorie, hemianestezie directă pentru față și încrucișată pentru membre, hemisindrom cerebelos homolateral, hipotonie, dismetrie, asinergie, paralizia laringo-faringiană; este întîlnit în fazele terminale ale demențelor.

9. **WALLON Henri** (1879—1963) ● Personalitate a psihologiei și pedagogiei contemporane franceze, licențiat în filozofie (1902) și doctor în medicină (cu teza „Delirul de persecuție", 1909); și-a început activitatea de cercetare la Bicêtre și Salpêtrière, unde a strîns materialul necesar întocmirii tezei de doctorat în pedopsihiatrie, cu tema „Copilul turbulent" (1925).

Paralel cu activitatea didactică desfășurată la Sorbona și Collège de France (1937—1941), WALLON a organizat în Laboratorul de psihologie înființat în 1921 într-o școală din Boulogne-sur-Seine (ulterior atașată pe lîngă École de hautes-études de la Sorbona), consultații medico-psihologice, pornind de la ideea că dezvoltarea psihică a copilului, punctată de „crize" (care antrenează de fiecare dată reorganizarea „originală" a structurilor lui psihologice), este influențată atît de maturizarea biologică, cît și de mediul social.

Ca psiholog, s-a preocupat de problema educației, apropiind-o, prin metoda genetică, de cercetarea vieții psihice, de psihologia copilului și de sociologie. Pentru pedagogie, lucrările cele mai prețioase de psihologie a copilului sînt: „Originile caracterului la copil" (1934), „Evoluția psihologică a copilului" (1941) și („Originile gîndirii la copil" (1945), în afara tezei de doctorat și a lucrării de referință „De la act la gîndire" (1942).

Ideile lui WALLON cu privire la educație s-au materializat în proiectul sau planul de reformă al învățămîntului, cunoscut sub numele de proiectul „Langevin-Wallon", care stă la baza sistemului de învățămînt francez actual și care era apreciat ca „reforma cea mai îndrăzneață și mai echilibrată" din cîte s-au produs vreodată în Franța (Roger GAL).

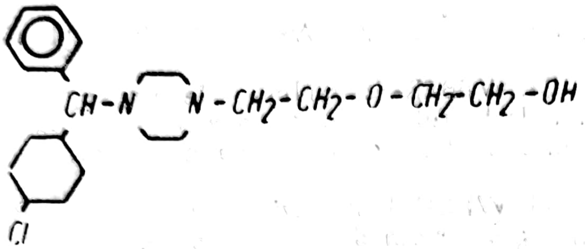
WALLON a criticat dar nu a respins metoda testelor (pe care uneori a recomandat-o), și-a însușit teoria pavloviană cu privire la reflexele condiționate și la cele două sisteme de semnalizare și a înclinat, în dilema „individ sau societate ?", de partea lui DURKHEIM, fără însă să se identifice cu această poziție.

Dintre lucrările mai importante pot fi menționate: „Manifestările în crizele emoționale" (1920); „Neîndemînarea" (1928); „Deosebirea dintre autismul patologic și egocentrismul infantil" (1928); „Sindroamele de insuficiență psihomotorie și tipuri psihomotorii" (1932); „Viața psihică" (1938); „Principiile psihologiei aplicate" (1938); „Marxism și psihologie" (1947).

10. **WALTER BUEL**$^{(S)}$ **sindrom** ● Manifestare a sindromului psihoorganic care combină tulburări cantitative de conștiință (dezorientare), dificultăți de înțelegere a comunicării, dismnezii de tipul hipomneziilor. Debutează brusc, fiind caracteristic unor atingeri inflamatorii ale encefalului. A fost descris în 1951,

de către Walter BUEL ; în același an a descris și triada ce-i poartă, de asemenea, numele, triadă ce caracterizează sindromul psihoorganic : slăbirea memoriei, scăderea capacității de înțelegere, incapacitatea controlului emoțional.

11. **WARAZIX$^{(M)}$** Japonia — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-/2-/4-(p-clor-α-fenilbenzil)-1-piperazinil/-etoxi/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN$^{(M)}$.



12. **WARD James** (1843—1924) ● Psiholog american. A studiat la Cambridge, Berlin și Gottenham, fiind elevul lui Rudolf LOTZE. Și-a desfășurat activitatea la Cambridge, unde a înființat primul laborator de psihologie, în care a folosit metodele de explorare psihofizică ale lui FECHNER. A elaborat un sistem psihologic coerent, descriind o psihologie cognitivă, una conativă și una a sentimentelor ; sistemul său a fost considerat însă dificil, unii autori atribuindu-i mai mult titlul de filozof. Concepțiile sale în domeniul psihologiei au fost expuse în Enciclopedia britanică (ediția a 9-a, 1916) și, ulterior, în „Principii de psihologie" (1918).

13. **WARD-HOVLAND — fenomen** ● Aspect particular al reminiscenței mnezice, constînd în ameliorarea sub raport cantitativ a rememorărilor, după o perioadă de timp în care nu au avut loc, nici implicit, nici explicit, reevocări. Fenomenul a fost remarcat din 1913 de P. BALLARD. Anterior cu un deceniu, HENDERSON și BINET puseseră în evidență ameliorarea rememorărilor la o nouă prezentare a materialului mnezic. Mecanismul mnemofiziologic prin care se produce acest fenomen nu este depin elucidat.

14. **WARFARINIC FETAL$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom care grupează hipoplazia cartilajului nazal cu obstrucția căilor aeriene superioare, hipotonie musculară, crize de pierdere a cunoștinței, atrofie optică, deficit mintal. Particularitatea sindromului este constanța tulburării de mineralizare a oaselor.

Sindromul a fost descris, în 1966, de Di SATA, la copiii provenind din mame care aveau valvule mitrale artificiale și din acest motiv erau obligate la tratament îndelungat cu anticoagulante (warfarina). Patogeneza rămîne necunoscută. Deficitul mintal nu se atenuează pe parcurs.

15. **WARTENBERG$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom considerat mult timp ca fiind de natură neurologică, ale cărui caracteristici sînt reprezentate prin dureri și parestezii ale membrelor superioare la deșteptarea matinală din somn, atribuite unei poziții incomode în timpul somnului (R. WARTENBERG, 1932). Sindromul a fost repus în discuția psihiatriei : J. J. LOPEZ IBOR (1973) a arătat că în marea majoritate a cazurilor este vorba despre un echivalent depresiv care se ameliorează net la administrarea de antidepresive. Pînă la această observație, tratamentele neurologice și cele chirurgicale au fost lipsite de orice efect.

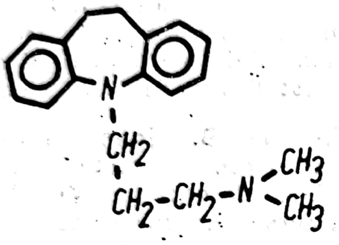
16. **WATSON B. John** (1879—1958) ● Psiholog american de factură experimentalistă (pe linia descrisă de WUNDT) ; după absolvirea cursurilor universitare a fost numit asistent de psihologie experimentală la Universitatea din Chicago, apoi titular al catedrei de psihologie a Universității din Baltimore (1908). Paralel cu activitatea didactică, a desfășurat o vastă activitate științifică, teoretică și aplicativă, soldată cu o nouă doctrină psihologică — behaviorismul, opusă introspecționismului din epocă.

Psihologia comportamentului elaborată de WATSON, care din 1913 (anul apariției lucrării „Psihologia din punct de vedere behaviorist") începe să ocupe un loc dominant în psihologia experimentală americană, ia în considerație numai datele observabile, respectiv reacțiile și comportamentele (motorii, verbale sau glandulare ale animalului și omului), făcînd abstracție de verigile intermediare fiziologice sau psihologice (chiar în varianta „black box"). Singurul demers licit al unei psihologii științifice — după WATSON — trebuie să fie stabilirea relațiilor funcționale, prin observarea covariațiilor dintre un stimul (S) și un răspuns (R), de unde formula : $R = f(S)$, care rezumă această psihologie frecvent numită S—R.

Discipolii lui WATSON (F. Ch. TOLMAN, G. H. MEAD, HULL ș.a.) au dezvoltat și extins behaviorismul la interpretarea unor fenomene psihosociale. Concepția watsoniană a servit ca sursă teoretică diferitelor terapii psihocomportamentale, prima inițiativă de acest fel aparținînd lui J. WOLPE, în 1958. Dintre lucrările mai importante ale lui J. B. WATSON pot fi amintite : „Comportamentul : introducere în psihologia comparativă" (1914), „Psihologia din punct de vedere behaviorist" (1919).

17. **WAUCOTON**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acţiune anxiolitică, valenţe psihostimulente şi adrenolitice. Nu duce la dependenţă ; nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

18. **W.D.D.**$^{(M)}$ SUA — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-/3-(dimetilamino)propil/-10, 11-dihidro-5H-dibenz/b, f/azepină, cu spectru larg de acţiune, incluzînd depresia endogenă ;



se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent : 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susţinut, existînd riscul recăderilor (în nevroze, minimum trei luni, în psihoze, şase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN$^{(M)}$.

19. **WEBER Ernst Heinrich** (1795—1878) ● Medic german ; deşi după 1820 a predat anatomia şi fiziologia în oraşul în care şi-a făcut studiile, WEBER a fost considerat unul dintre cei mai importanţi psihologi ai secolului al XIX-lea. Studiile întreprinse asupra perceperii temperaturii l-au condus la concluzia că senzaţia subiectivă de căldură sau de frig nu este relaţionată cu temperatura stimulilor, ci cu creşterea sau descreşterea temperaturii pielii. A studiat de asemenea simţul tactil, precum şi percepţia greutăţii, determinînd gradul de la care diferenţele notabile sînt perceptibile. Sub formula $\frac{\Delta M}{M}=K$, G. FECHNER a formulat aşa-numita *„lege a lui Weber"*.

20. **WEBER — probă** ● Probă care pune în evidenţă surditatea de transmisie, utilă în diagnosticul diferenţial.

21. **WEBER-DIMITRI**$^{(S)}$ **sindrom** — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; ANGIOMATOZĂ ENCEFALO-TRIGEMINALĂ ; ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULOFACIALĂ ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ ; KALISCHER$^{(S)}$ sindrom ; KRABBE$^{(S)}$ sindrom ; LAWFOR$^{(S)}$ sindrom ; MILLES$^{(S)}$ sindrom ; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ ; PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI$^{(S)}$ sindrom ; SCHIRMER$^{(S)}$ sindrom ; STURGE$^{(S)}$ sindrom ; STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT$^{(S)}$ sindrom; WEBER$^{(S)}$ sindrom; WEBER-DIMITRI$^{(S)}$ sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE$^{(B)}$ boală.

22. **WEBER-FECHNER — lege** ● Lege care stabileşte relaţia dintre senzaţie şi excitaţie ; senzaţia creşte cu logaritmul excitaţiei.

23. **WECHSLER David** (1896—1981) ● Psiholog american de origine română, născut la Bucureşti în anul 1896. După absolvirea cursurilor universitare la New York şi o specializare de doi ani în Franţa (1920—1922) unde a avut ocazia să lucreze cu H. PIÈRON şi L. LAPIQUE, şi-a dat doctoratul în filozofie (1925) şi a fost numit psiholog şef al spitalului de psihiatrie Bellevue. A fost solicitat să predea psihologia clinică la Universitatea din New York.

A elaborat primul test de inteligenţă pentru adulţi, cu utilitate în clinica psihiatrică, cunoscut sub numele de scala Wechsler-Bellevue (1939) sau W.A.I.S. (denumire atribuită după revizia din 1955). Popularitatea de care s-a bucurat ampla sa lucrare „Măsurarea inteligenţei adultului" (1939) şi metoda psihometrică pe care a propus-o în această lucrare l-au stimulat să definitiveze un test similar pentru copii şi preşcolari. Scala de inteligenţă pentru copii W.I.S.C. (Wechsler Intelligence Scale for Children) datează din 1949 şi cuprinde 12 teste, structurate pe două grupe : şase teste verbale şi şase nonverbale (de performanţă) ; este cel mai larg utilizat instrument psihologic în clinica de pedopsihiatrie, după cum W.A.I.S. este folosit pentru diagnoza analitică a inteligenţei şi a deterioraţiei patologice la adulţi (→ WECHSLER$^{(T)}$ — scală).

24. **WECHSLER**$^{(T)}$ **scală** ● Baterie de probe (teste) verbale şi nonverbale, creată de D. WECHSLER, în anul 1939, pentru a măsura nivelul de inteligenţă al unei persoane (coeficientul de inteligenţă sau QI). În 1955, autorul a publicat o versiune a scalei, cu îmbunătăţiri privind conţinutul probelor şi consemnele date, etalonată pe cele 1 700 de persoane, între 16 şi 60 de ani. În 1949 autorul a elaborat şi o scală pentru copii între 5 şi 15 ani. Ambele scale Wechsler folosesc cotarea pe puncte.

Notele brute obținute la subtestele scalei se transformă în note standard conform tabelelor date de WECHSLER. Scala cuprinde și o formulă pentru calculul deteriorării mintale. Bateria pentru adulți cuprinde două scale : scala verbală, cu subtestele : informare generală, comprehensiune generală, raționament aritmetic, similitudini, memorie, cifre (în sens direct și în sens invers) și vocabular ; scala nonverbală sau de performanță, cu subtestele : cod, completare de imagini, cuburile Kohs, aranjare de imagini, asamblare de obiecte. S-a constatat că există o corelație semnificativă între fiecare subtest și ansamblul scalei, fapt ce dovedește validitatea bateriei în relevarea factorului g. În general subtestele sînt aplicate în ordinea dată de autori ; se admit însă unele modificări în această ordine, în funcție de tulburările psihice ale subiectului testat.

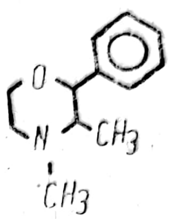
25. **„WECKANALYSE"** (conf. germ.) ● Formă de tratament aparținînd psihoterapiilor cathartice, care consideră că valoarea terapeutică rezidă în reactualizarea/retrăirea amintirilor refulate, amintiri cu puternică încărcătură afectivă. Metodele cathartice au fost aplicate inițial de BREUER și FREUD, în cursul hipnozei ; ulterior, în locul hipnozei au fost folosite drogurile psihotrope. S-a constatat că abreacția excitatorie este un element eficient al terapiei, independent de conținutul descărcat de subiect.

26. **„WECKBLITZ"** (cf. germ. *wecken* „a trezi" ; *Blitz* „fulger") ● „Fulger de trezire", constînd într-o iluminare bruscă și scurtă, care cuprinde centrul cîmpului vizual, atunci cînd atenția este stimulată brusc în faza de adormire superficială (sau hipnagogică). Fenomenul a fost descris de H. AHLENSTIEL (1949), iar EBBECKE (1953) i-a remarcat apariția și în cazurile în care subiectul este cuprins brusc de spaimă.

27. **„WEEK END" — paralizie** (engl.) ● Afecțiune cunoscută inițial sub numele de paralizie prin compresiune. Este determinată de compresiunea unui nerv între două planuri dure, în timpul somnului, fiind vorba, în cele mai frecvente cazuri, de compresiunea mecanică a radialului. Denumirea se datorează anglo-saxonilor care susțineau că afecțiunea ar apărea cu ocazia excursiilor de agrement ; pentru francezii secolului trecut, era cunoscut sub numele de „paralizia amanților".

28. **WEICHBRODT — reacție de laborator** ● Analiză prin care se realizează cercetarea calitativă a globulinelor în lichidul cefalo-rahidian, fiind o reacție de precipitare (sublimat coroziv). Este pozitivă în meningite, lues nervos și scleroză în plăci.

29. **WEIGHTROL(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie,



presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală ; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, comițialitate și în timpul sarcinii.

30. **WEIL-ADIE(S) sindrom** ● Pupilatonie unilaterală cu midriază, reflex lent sau absent la lumină, reflex lent și prelungit la convergență, midriază încetinită la obscuritate, reacție rapidă la substanțe midriatice sau miolitice, asociată cu hipotonie sau areflexie tendinoasă a membrelor inferioare, fără legătură cu infecția luetică. Din punct de vedere etiologic, acest sindrom pseudotabetic (sau pseudo-Argyll-Robertson) este datorat unei anomalii constituționale, unor infecții, unor boli metabolice sau apare după traumatisme craniene. A fost descris prima oară de W. ADIE, în 1931.

31. **WEISS• semn** — sin. SCHULTZE• semn $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CHVOSTEK• semn.

32. **WEITBRECHT Hans Jorg** (1910—1975) ● Psihiatru german, elev și colaborator al lui KRETSCHMER, sub conducerea căruia a predat psihiatria, din 1950, la Tübingen. Din 1956 l-a urmat pe GRUHLE la conducerea catedrei din Bonn, oraș în care a fost ales rector al universității, între anii 1969—1970. Psihiatru cu o formație deosebit de complexă, a abordat teme atît teoretice privind sindromologia, nosologia psihosomatică (al cărui adversar activ a fost), cît și practice, privind terapia depresiilor. A publicat o serie de lucrări de largă circulație europeană : „Psihopatologia depresiilor ciclotime" (1947), „Tipologia psihozelor depresive" (1953), „Critica psihosomaticii" (1955), „Bazele psihanalizei" (1963), „Diagnosticul diferențial al bolilor psihice" (1966). A fost preocupat, de asemenea, de gerontopsihiatrie.

33. **WEITZENHOFFER-HILGARD(T) scală** — sin. STANFORD — scală ● Scală introdusă în practică de cei doi autori în 1962, pentru determinarea gradului de profunzime a stării hipnotice. Factorii luaţi în considerare sînt :

- ● amplitudinea mişcării de coborîre a miinii la comanda hipnotică ;
- ● halucinaţiile sugerate ;
- ● prezenţa viselor sugerate ;
- ● regresia vîrstei ;
- ● anosmia ;
- ● apariţia halucinaţiilor negative (absenţa percepţiei vizuale a unor obiecte reale la sugestia hipnotică) ;
- ● amnezia posthipnotică.

Examinarea cu ajutorul acestei scale este destul de laborioasă şi implică dificultăţi.

34. **WEIZSÄCKER Victor** (1886—1957). ● Psihiatru şi neurolog german, profesor al facultăţii din Berlin şi Heidelberg. A manifestat un interes deosebit pentru problemele antropologiei psihiatrice pe care le-a abordat din perspectiva psihanalizei şi existenţialismului. Dintre lucrările sale pot fi citate : „Patogeneza" (1961), „Schema corporală şi nevrozele" (1947), „Patologia" (1956). A publicat şi o serie importantă de articole privind patologia psihosomatică.

35. **WEIZSÄCKER(S) sindrom** — sin. METAMORFOPSIE ● Tulburare de percepţie vizuală în care obiectele apar deformate, ca şi cum ar fi privite într-o oglindă concavă sau convexă, torsionate, inversate, cu dimensiunile modificate grotesc, în plus sau în minus, asimetrice. Atunci cînd această tulburare vizează faciesul este acompaniată de automatoză (mişcări forţate ale corpului), conducînd la o trăire penibilă, de stranietate (mai ales cînd tulburarea este permanentă). Metamorfopsia a fost atribuită de SCHILDER unor tulburări care apar la nivelul aferentaţiilor labirintice şi vestibulare. POTZL consideră că s-ar datora unor erori de fuziune între imaginile vizuale drepte şi stîngi. Majoritatea autorilor sînt de părere că poate fi datorată unor leziuni occipitale, precum şi unor atingeri ale ariilor temporale şi parietale.

36. **WELLBATRIN(M)** SUA — DCI *Amfebutamonă* ● Antidepresiv timoleptic, cu o structură chimică particulară de tip (±)-2-(tert-butilamino)-3'-clorpropiofenonă, cu performanţe medii, dar toleranţă bună.

37. **WELT(S) sindrom** ● Tulburări caracteriale şi comportamentale ce evoluează pe fondul unei dispoziţii euforice lipsite de modulaţii cu scăderea capacităţii de apreciere critică şi autocritică. Sindromul a fost descris de WELT, în 1887. Sfera emoţională apare simplificată, iar sentimentele etice şi morale par dispărute. Se înregistrează atingeri frontale de diverse etiologii (tumori, abcese, hemoragii, boala Pick). După unii autori, noţiunea este similară celei de moria.

38. **WELTMERISM** (de la C. E. WELTMER, om de ştiinţă american contemporan) ● Metodă psihoterapeutică bazată pe sugestie şi autosugestie, vizînd să realizeze o armonie perfectă între corp şi spirit, conform unor precepte ale filozofiei clasice. Bazată pe un model teoretic care ţine prea puţin seama de realităţi psihofiziologice şi socioculturale, metoda nu a cunoscut decît o răspîndire foarte limitată.

39. **WERDNIG-HOFFMANN(B) boală** — sin. ATROFIE MUSCULARĂ FINALĂ TIP I ; ATROFIE MUSCULARĂ INFANTILĂ PROGRESIVĂ ; MIOATROFIE NEUROGENĂ A COPILULUI ● Afecţiune a neuronului motor periferic cu etiologie încă necunoscută. În 50% din cazuri are caracter familial, modul de transmitere fiind recesiv-autosomal. Boala debutează intrauterin (mişcări fetale reduse sau absente) sau în primele 3—6 luni de la naştere şi se caracterizează prin hipotonie musculară progresivă (pînă la topirea maselor musculare scheletice), datorată degenerescenţei neuronului motor periferic. La naştere, copilul este hipoton, flasc, fără reflexe ; muşchii sînt subţiri şi greu de palpat. Paraliziile muşchilor intercostali determină importante tulburări respiratorii. Evoluţia devine letală, datorită infecţiilor respiratorii, în jurul vîrstei de un an.

Au fost descrise şi forme cu debut tardiv (la 1—2 ani de la naştere), cu evoluţie mai îndelungată (uneori pînă la pubertate). Examenul electromiografic evidenţiază potenţiale spontane de fasciculaţie şi de fibrilaţie (rar), diminuate în mişcări pasive. Biochimic, scade nivelul creatinkinazei serice. Examenul anatomopatologic relevă leziunea esenţială (atrofia).

Diagnosticul diferenţial se face cu hipotoniile secundare (dislipoidoze, boala Gierke icter nuclear), miotonia Oppenheim, diplegia atonă, miopatia congenitală, miastenia familială, boala Heine-Medin, polinevrite etc. Tratamentul este simptomatic (fiziokinetoterapic şi ortopedic).

40. **WERNER(S) sindrom** ● Sindrom care grupează hipotrofia staturală, dispariţia ţesutului adipos subcutanat, extremităţi subţiri, miini şi picioare mici, nas acvilin, ingro-

şare hipodermică cu subţierea dermului, osteoporoză, ateroscleroză, hipoplazie musculară, albire precoce şi calviţie prematură, cataractă, degenerări retiniene, pierdere prematură a dinţilor, hipogonadism, scleroză de tip Moenckeberg, cu sindrom psihoorganic cronic.

Boala are transmitere autosomal-recesivă şi o evoluţie rapidă, vîrsta maximă de supravieţuire fiind 40—45 ani. A fost descris de O. WERNER (1904), care a prezentat în teza sa de doctorat 125 de cazuri.

41. **WERNICKE Karl** (1848—1905) ● Psihiatru german. A studiat medicina la Bratislava şi Viena, unde a lucrat cu MEYNERT ; a devenit şeful catedrei de psihiatrie din Halle. Preocupările sale sînt legate de localizările cerebrale ale unor afecţiuni psihice, mai ales epilepsia şi alcoolismul. A descris, independent de Alphonse GAYET, „encefalopatia alcoolică". Adept al concepţiei organiciste, publică în 1894 o lucrare în trei volume, „Tratat de psihiatrie", care constituie principala sa contribuţie în acest domeniu.

42. **WERNICKE — afazie** → AFAZIE.

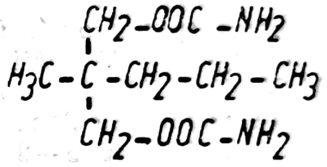
43. **WERNICKE — halucinoză** — sin. HALUCINOZA BĂUTURILOR $\xrightarrow{sin.}$ HALUCINOZĂ ALCOOLICĂ.

44. **WERNICKE$^{(S)}$sindrom** ● Pseudodementă isterică, cu debut reactiv brusc $\xrightarrow{sin.}$ PSEUDODEMENŢĂ WERNICKE.

45. **WERTHEIMER Max** (1880—1943) ● Psiholog american. Născut la Praga, a studiat dreptul la universitatea din oraşul natal, apoi filozofia şi psihologia. Sub influenţa lucrării lui Von EHRELFELS asupra calităţii formelor (1890) s-a transferat la Universitatea din Berlin (1902), unde a avut o serie de profesori celebri, printre care Karl STUMPF. În 1904 s-a transferat la Universitatea din Würtzburg, unde şi-a susţinut şi doctoratul sub conducerea lui Oswald KULPE, cu un subiect privind psihologia criminalilor. Pînă în 1910 a ocupat diferite posturi în universităţi şi clinici din Viena, Würtzburg, Berlin şi Praga, elaborînd lucrări referitoare la metoda asociaţiei de cuvinte şi la afazie. Ulterior şi-a desfăşurat activitatea la Institutul de Psihologie din Frankfurt unde, împreună cu W. KÖHLER şi K. KOFF, a pus bazele şcolii gestaltiste de psihologie. În 1912 s-a publicat, sub semnătura celor trei autori, articolul princeps al psihologiei gestaltiste. A lucrat un deceniu la Frankfurt, iar din 1922 pînă în 1929, la Berlin. În 1933, deşi era conducătorul catedrei de psihologie din Frankfurt a emigrat în Ceho-Slovacia, apoi în SUA, unde a predat la Institutul de cercetări sociale din New York, pînă la sfîrşitul vieţii.

M. WERTHEIMER a arătat că, în percepţie, întregul este definit prin suma părţilor care se găsesc în relaţii complexe unele cu altele ; componentele sale sînt datorate locului, rolului şi funcţiei pe care le deţin în cadrul întregului din care fac parte. Schimbarea într-un sistem a unei părţi poate atrage o schimbare majoră atît a întregului, cît şi a majorităţii părţilor componente. Deşi nu a avut decît o activitate publicistică sporadică, lucrările sale au stîrnit un viu interes, mai ales în perioada 1930—1940, cînd a aplicat conceptul de Gestalt în analiza naturii libertăţii democraţiei, adevărului etc. Lucrarea sa „Gîndirea productivă" a apărut postum.

46. **WESCOMEP$^{(M)}$** Canada — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol di-



$$\begin{array}{c} CH_2-OOC-NH_2 \\ | \\ H_3C-C-CH_2-CH_2-CH_3 \\ | \\ CH_2-OOC-NH_2 \end{array}$$

carbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

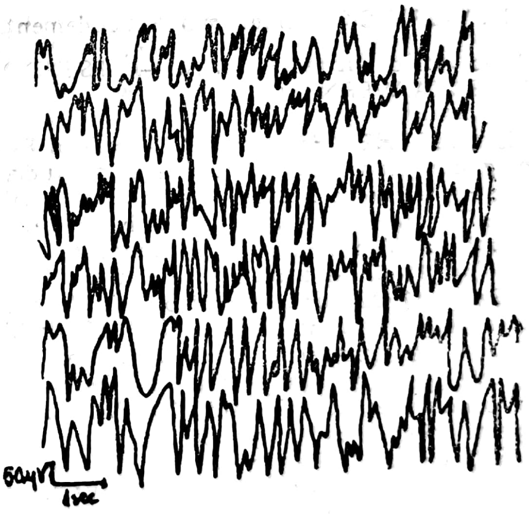
47. **WEST$^{(S)}$ simptom** — sin. PARALIZIE MATINALĂ ● Manifestare clinică specifică sugarului cu poliomielită acută anterioară (boala Heine-Medin), care constă în pareză flască matinală ; la trezirea acestuia dimineaţa (de obicei, între a doua şi a patra zi de la debutul prodromal), se observă paralizia flască a extremităţilor, fără sindrom dureros sau meningeal prealabil. Paraliziile de tip neuronal periferic (prin leziunile pericarionale ale neuronilor motori din coarnele anterioare ale măduvei) sînt însoţite de areflexie osteotendinoasă. Lipsesc semnul Babinski şi tulburările de sensibilitate obiectivă. Simptomul a fost descris de I. W. WEST.

48. **WEST(8) sindrom** — sin. BLITZKRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF ; BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE ; CRIZE ÉCLAIRE (CRIZE FULGER) ; CRIZE PROPULSIVE ; CRIZE SURSAUT (DE TRESĂRIRE) ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ ; EPILEPSIE SIMETROTONICĂ A SUGARULUI ; ELIPLESIE SPASMODICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE (ESIH) ; GIBBS(B) boală ; HIPSARITMIE ; MASSIVE MYOCLONIC JERKS ; NICKKRÄMPFE (SPASME DE APLECARE A CAPULUI) ; PETIT MAL PROPULSIVE ; SPASM INFANTIL ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE „AFIRMARE" ; SPASM MALIGN AL COPIILOR MICI ; TICURI DE REVERENŢĂ (MARCHAND) ; TICURI DE TIP SALAAM ; TICUL SALAAM-CLARKE ● Formă particulară de epilepsie, specifică sugarului şi copilului mic, caracterizată clinic prin triada simptomatică : spasme în flexie, întîrziere psihomotorie şi hipsaritmie. LAGET şi SALBREUX încadrează acest sindrom în grupul encefalopatiilor epileptice infantile progresive, alături de crizele akineto-mioclonice.

Prima descriere a spasmelor în flexie aparţine medicului englez J. W. WEST (1841) ; în 1952, GASTAUT şi GIBBS le-au individualizat din punct de vedere electroclinic. Vîrsta debutului este situată între 3—8 luni, boala apărînd în plină sănătate sau pe fondul unei encefalopatii preexistente. Etiologic, sînt incriminaţi factori prenatali (malformaţii cerebrale, fenilcetonurie, hidrocefalie, prematuritate etc.), perinatali (anopsie, traumatisme obstetricale, travaliu prelungit etc.) şi postnatali (encefalite, meningite, sindrom hemiconvulsiv, hemiplegie, traumatisme craniene, hematom subdural, boli infecto-contagioase, toxicoză etc.).

Patogenic, manifestările clinice şi electroencefalografice sînt expresia suferinţei difuze a structurilor cerebrale şi subcorticale, dar mai ales a substanţei reticulate din trunchiul cerebral (fie excitaţia locală a acesteia, fie eliberarea relativă a activităţii sale spontane). Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin spasme musculare (mioclonii) şi deteriorare mintală, iar electroencefalografic, prin hipsaritmie. Spasmele musculare survin izolat sau în salve (5—20 spasme cu durata de 10—20 secunde), fiind imprevizibile, bilaterale, sincrone, simetrice. Faptul că miocloniile predomină asupra flexorilor determină caracterul de „spasm în flexie" sau de „tic Salaam". Uneori, crizele convulsive afectează numai un singur grup muscular.

Deteriorarea psihică este totdeauna prezentă, fiind însoţită de modificări de comportament (plîns, ţipete, negativism, instabilitate) şi semne neurologice (hipotonie generalizată, paralizie de nervi cranieni, mono- sau hemiplegie). Hipsaritmia sau disritmia lentă majoră se caracterizează prin aritmie electrică de mare amplitudine, constituită din succesiunea de unde lente ce survin anarhic în timp şi spaţiu, cu dispariţia completă a ritmului de bază. Alături de acest aspect electroencefalografic, considerat tipic, în 1952 GASTAUT descrie următoarele tipuri de trasee atipice : hipsaritmie foarte lentă (5%) ; hipsaritmie foarte rapidă (9%) ; hipsaritmie asimetrică (19%) ; hipsaritmie asociată cu un focar iritativ (varietate de hipsaritmie asimetrică). Alături de forma primitivă sau idiopatică, manifestată prin debut precoce (3—6 luni), prezenţa constantă a perioadei simptomatice, radiografie craniană şi pneumoencefalografie, normale, răspuns terapeutic mai bun la tratamentul hormonal şi prognostic psihomotor mai bun, a fost descrisă şi o formă secundară, care apare pe fondul unei encefalopatii preexistente, caracterizată prin asimetria spasmelor, aspect electroencefalografic în funcţie de emisferul lezat, debut mai tardiv, efect terapeutic nesigur şi prognostic variabil, dependent de boala de fond.



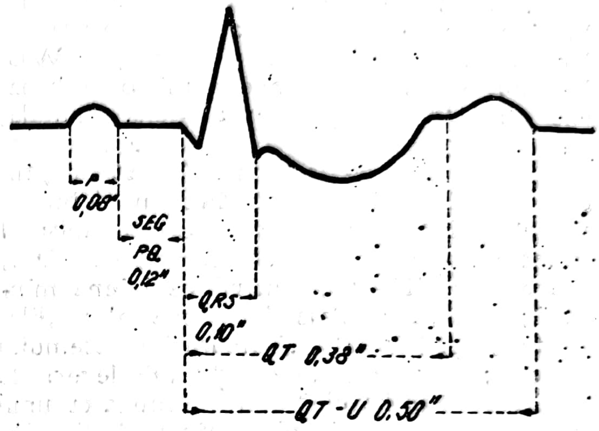
Examenele paraclinice relevă teste inflamatorii pozitive (hipergamaglobulinemie alfa-2 şi gammaleucocitoză, VSH crescut), creşterea excreţiei urinare a 17-ceto- şi hidroxicorticoizilor şi a gonadostimulinelor hipofizare, atrofie difuză corticală, asociată sau nu cu ectazie ventriculară (porencefalie, agenezie de corp calos la examenul pneumoencefalografic). Durata bolii, tratată clasic prin anticomițiale, variază între două luni și 2—3 ani. După acest interval, dispariția spasmelor poate fi chiar spontană. Deși întîrzierea psihomotorie nu se accentuează, persistă frecvent sechele psihice. Electroencefalografic, sînt relevante următoarele entități electroclinice : crizele mioclonice, petit mal, absență, status petit mal, petit mai variant (sindrom Lennox), accesul de tresărire („sursaut"), sindroame epileptice secundare unei afectări cerebrale (leucoencefalita sclerozantă subacută Van Bogaert, boala Tay-Sachs, leucodistrofiile familiale progresive, forma juvenilă Krabbe).

În prezent, diagnosticul pozitiv se impune în fața triadei simptomatice : spasme în flexie, întîrziere psihomotorie, hipsaritmie. Diagnosticul diferențial clinic se face cu : colicile abdominale, reflexul Moro, spasmul mutans, ticul somnului (jactatio capitis nocturna), ticul salaam sau de balansare „Grüsskrampf-Moro", encefalopatie mioclonică a sugarilor „Kinsbourne", ticurile. Introducerea de către SOREL a hormonului adenocorticotrop retard sau a hidrocortizonului în doze mari în tratamentul spasmelor în flexie a dus la rezultate spectaculoase. Cu toate acestea, prognosticul rămîne încă rezervat, spasmele în flexie corespunzînd frecvent unei importante atingeri lezionale cerebrale.

49. **WESTPHAL Karl Otto Frederic** (1833—1890) ● Psihiatru german. A studiat medicina la Heidelberg, Zürich și Berlin unde s-a apropiat de psihiatrie, fiind elevul lui IDELER și GRIESINGER ; în 1874 a devenit șeful catedrei de psihiatrie. Adept al concepției organiciste, avînd și o solidă pregătire neurologică, lucrările sale poartă această amprentă, cu excepția celor referitoare la homosexualitate (1870) și toxicomanie (1888) ; adept al curei de dezintoxicare brutală, a fost el însuși victima acestei metode, aplicată de elevul său LEVINSTEIN, în 1890.

50. **WESTPHAL$^{(B)}$ boală** — sin. PARALIZIE PERIODICĂ FAMILIALĂ CU HIPOKALIEMIE ● Afecțiune metabolică ereditară, mai frecventă la sexul masculin, cu transmitere dominant autosomală, caracterizată clinic printr-o criză de tetrapareză flască, cu areflexie osteotendinoasă. Manifestarea apare, de obicei, dimineața, în plină sănătate, înțepenind progresiv musculatura membrelor și a trunchiului, cu conservarea mișcărilor respiratorii și a mimicii.

Debutul este în jurul vîrstei de 20 de ani. Paraliziile sînt favorizate de prînzuri bogate în glucide, eforturi musculare, frig, diferiți hormoni (insulină, tiroidă, hormon adenocorticotrop etc.) și sînt precedate de prodroame (oboseală, sete excesivă, iritabilitate, crampe musculare etc.). Alături de manifestările motorii, sînt întîlnite frecvent și alte simptome (oligurie, vărsături, constipație, hipotensiune diastolică cu bradicardie, cardiomegalie). Hipokaliemia este rezultatul transferului brusc al potasiului extracelular în mușchi. Mecanismul intim al paraliziilor, deși incomplet elucidat, ar fi consecința hiperpolarizării membranelor musculare, datorită modificării raportului dintre potasiul intra- și extracelular.



Biologic, se evidențiază hipopotasemie (cu hipopotasiurie în timpul crizei), care se reflectă în electrocardiogramă prin prezența undei U, aplatizarea undei T, prelungirea segmentelor PR, QRS, QT și denivelarea segmentului ST. Electrodiagnosticul (stimularea cu curent galvanic și faradic) demonstrează inexcitabilitatea segmentelor paralizate. Electromiograma este nemodificată intercritic, dar cu trasee a căror densitate diminuează progresiv, proporțional cu gradul paraliziei, în timpul crizei. Accesul durează între 1—3 zile și se termină prin sudorații abundente și emisie urinară. Între accese, subiectul este normal. Uneori, accesul poate dispărea în mod spontan.

Tratamentul preventiv constă în odihnă musculară, regim sărac în glucide și adaus de clorură de potasiu. În crize, se administrează potasiu (1 mEq/kg corp) în apă distilată (nu în soluții glucozate sau saline), la un interval de opt ore, sau clorură de potasiu 2—5 g per os.

51. **WESTPHAL^{S} semn** ● Abolirea reflexului rotulian drept este un semn de certitudine în tabesul dorsal. În condițiile actuale, semnul (descris de K. O. WESTPHAL) nu mai prezintă decît un interes istoric pentru semiologia tabesului.

52. **WESTPHAL-BUMKE^{S} simptom** ● Semn (descris de WESTPHAL în 1907 şi de BUMKE în 1928) constînd în areactivitatea pupilară din stuporul catatonic. Pupilele se dilată periodic, pentru intervale de timp variabile. Dispar reacţiile la lumină, convergenţa şi acomodarea la distanţă pentru intervale variabile. WESTPHAL a susţinut şi existenţa unor modificări ale formei pupilei.

53. **WHITE William Alanson** (1870—1937) ● Medic psihiatru american. A studiat medicina la Colegiul Long Island şi, după un scurt stagiu de medic internist, s-a dedicat psihiatriei, lucrînd la sptitalul St. Elisabeth din Washington. A fost profesor de psihiatrie la Universităţile Georgetown, George Washington. A facilitat pătrunderea ideilor psihanalizei în SUA şi a promovat igiena mintală, fiind ales preşedinte al primului congres internaţional pe această temă. A fost adeptul unei poziţii psihosociogenetice în determinismul bolii mintale, fără să ignore organismul ca întreg. A scris un mare număr de cărţi, dintre care cităm: „Principii de igienă mintală"; „Igiena mintală în copilărie"; „Elemente de psihiatrie" „Tulburările sistemului nervos"; „Bazele psihiatriei"; „Prelegeri de psihiatrie — psihozele" etc. Împreună cu unul dintre principalii săi colaboratori, S. E. JELLIFFE, a editat seria de monografii dedicate tulburărilor nevrotice. Împreună cu H. S. SULLIVAN, K. HORNEY, Freida FROMM-REICHMANN este considerat întemeietor al şcolii psihiatrice din Washington. Este unul dintre fondatorii revistei de psihanaliză americană.

54. **WHITMAN$^{(S)}$ sindrom** ● Comportament de extremă violenţă (atacuri homicidare), total inexplicabil, cu debut brusc şi fără alegerea victimelor, amintind boala asiatică amok, apărut în special la persoane de origine caucaziană. Sindromul poartă numele primului subiect la care s-a înregistrat o patologie de acest tip, un student din Texas, al cărui atac armat s-a soldat cu 11 victime.

55. **WHYTT Robert** (1714—1766) ● Psihiatru englez. Studiile sale în medicină, începute la Edinbourg, continuate la Londra, Paris, Reims şi Zürich, reprezintă un „real model european de instrucţie". Adept al ideilor lui SYDENHAM, a publicat în 1764 principala sa lucrare, „Observaţii asupra bolilor nervoase, ipohondrice şi isterice", tradusă şi în limba franceză, în 1767.

56. **WIAG$^{(S)}$ sindrom** (prescurtat din engl. *When I am gone* „cînd nu voi mai fi") ● Stare de nelinişte şi depresie caracteristică părinţilor vîrstnici ai schizofrenului, cu remisiuni a căror calitate nu permite o integrare psihosocială suficientă pentru a asigura o oarecare autonomie subiectului. „Instituţionalizat" la nivelul familiei-matcă, bolnavul se adaptează unor exigenţe minimale, fără să se poată spune ce se va întîmpla cînd părinţii (sau părintele) nu vor mai fi în viaţă. Acest „mare sindrom" (J. WING, 1987) este destul de frecvent, putînd avea uneori un deznodămînt fatal (sinucidere altruistă). Sindromul distorsionează mult relaţia medic-pacient şi nu rareori duce la decompensări ale schizofrenului asaltat de chinuitoarea întrebare menţionată mai sus. Nu întotdeauna după ieşirea din „supravegherea" familială bolnavul schizofren evoluează într-un mod nefavorabil care să justifice întrutotul temerile părinţilor. De multe ori familia caută să recurgă la soluţia căutării unui suport social, a unor substituţi parentali, nereuşind să-şi stăpînească neliniştile.

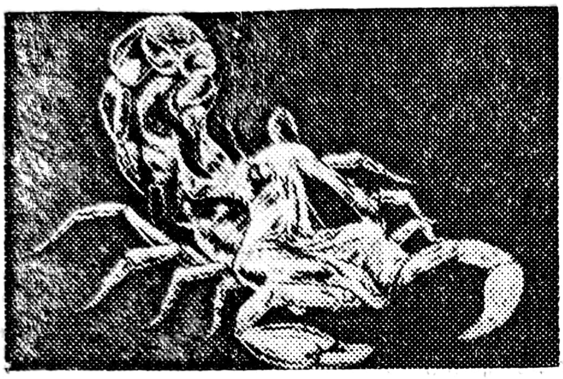
57. **WICHMANN$^{(S)}$ sindrom** ● Totalitatea simptomelor distoniei vegetative, numite de unii autori şi nevroze vegetative. Descrierea completă a acestui sindrom a fost făcută de WICHMANN, în 1934.

58. **WIENER Norbert** (1894—1964) ● Matematician american, creatorul ciberneticii, domeniu ale cărui principii le-a stabilit în urma elaborării unor metode de control al tirului antiaerian, a unor lucrări despre predicţie şi maşini de calcul. În lucrările „Cibernetica" (1948) şi „Folosirea umană a ştiinţelor umane" (1950), el a prezentat implicaţiile sociale şi umane ale ciberneticii. Descoperind procesele de autoreglare a sistemelor, indiferent de natura lor (mecanică, biologică, psihologică), a pus bazele unei noi orientări a gîndirii ştiinţifice.

59. **WIER Jean** (1515—1588) ● Medic francez. A studiat medicina la Paris şi Orleans; umanist de seamă, a reuşit, în parte, să dovedească lipsa de vinovăţie a „celor posedaţi de diavol şi acuzaţi de vrăjitorie", cărora le era destinat rugul, în loc să beneficieze de protecţie şi îngrijiri medicale, ca bolnavi psihici. Lucrarea sa „De l'imposture et tromperie des diables" a cunoscut cinci ediţii (între 1565—1580), în principalele limbi europene. Redescoperit în secolul al XIX-lea de către BOURNEVILLE, a fost numit „părintele primei revoluţii psihiatrice".

60. **WIHTIKO$^{(B)}$ boală** — sin. WINDIGO ● Psihoză care afectează unele triburi de

indieni nord-americani (Cree, Ojibavoy, Saltean), caracterizată prin credința bolnavilor că pot fi transformați în „Wihtiko" (un monstru uriaș care se hrănește cu carne de om). În perioade de inaniție, bolnavul poate dezvolta un delir de metamorfozare și poate avea compulsiuni și preferințe manifeste pentru carnea umană. Credința în duhuri și în posibilitatea de a suferi o astfel de transformare face ca pacientul să aibă fie tulburări digestive (inapetență, greață), fie o stare de agitație, generată de teama de transformare.



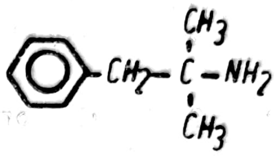
O serie de autori au subliniat raritatea acestei boli ; după unele surse, nici un psihiatru sau antropolog nu ar fi văzut vreodată un astfel de caz, fiind vorba doar de legende sau de relatări foarte îndepărtate, din perioadele de extremă foamete, cînd canibalismul a fost doar o condiție de supraviețuire. Armando FAVAZZA remarca (1981) dorința de a descrie tulburări exotice a specialiștilor vest-europeni.

61. **WILLIS Thomas** (1622—1675) ● Medic englez. Considerat printre titanii medicinei engleze, a abordat teme variate, legîndu-și numele de o serie de observații remarcabile : evidențierea zahărului în urina diabeticilor, descrierea sistemului vascular de la baza creierului (poligonul Willis), isteria masculină — idee lansată cu cîțiva ani înaintea lui SYDENHAM — și, mai ales, descrierea delirului acut, a delirului de gelozie, a demențelor precoce, a demenței epileptice, cît și a maniei și melancoliei (afirmînd, pentru prima oară, în 1669, posibilitatea trecerii unei forme în cealaltă, deci primul pas către psihoza maniaco-depresivă).

62. **WILMS$^{(S)}$ sindrom** ● Asociere de formațiuni tumorale, cu aniridie, cataractă, microcefalie, deficit mintal, modificări ale pavilionului urechii, anomalii genito-urinare. Transmiterea bolii este neclară, constatîndu-se o frecvență mai crescută în unele familii.

63. **WILPAN$^{(M)}$** Venezuela — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.

64. **WILPO$^{(M)}$, WILPOWR$^{(M)}$** SUA — DCI *Fenterminǎ* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α,α-dimetilfenetilamină, cu



efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL→PSIHOSTIMULENTE.

65. **WILSON$^{(B)}$ boală** — sin. DEGENERESCENȚĂ HEPATO-LENTICULARĂ ; PANSTRIAT$^{(S)}$ sindrom ● Maladie dismetabolică (tezaurismoză cuprică), cu caracter familial și transmitere autosomal-recesivă ; a fost descrisă de WILSON în 1912. Acumularea de cupru în țesuturi se datorește deficitului ereditar de ceruloplasmină (alfa-2-globulină plasmatică) cu activitate oxidazică. Tezaurizarea este maximă în corpii striați și în ficat.

Debutul are loc în copilărie sau adolescență, afecțiunea evoluînd insidios. Inițial tulburările apar în regiunea cefalică, ulterior generalizîndu-se. Sindromul hiperkinetic este cel mai evident, dar este variabil ca formă și intensitate (mimică inexpresivă sau cu grimase coreiforme, tulburări de fonație, de deglutiție, spasme laringiene, dizartrie cerebelo-coreiformă, diskinezii spastice, accentuate de mișcări și emoții, tremor, mișcări coreoatetozice etc.). Tulburările de tonus (de obicei, hipertonie extrapiramidală, dar și variații hipertonie-hipotonie), semnele cerebeloase sînt prezente, acestea din urmă interferînd în proporții variabile cu cele extrapiramidale. Inelul pericornean (Kayser-Fleischer) este un semn prețios, dar inconstant. La lampa cu fantă se vede ca o dungă castaniu-verzuie, formată din grăunțe fine, care se răresc spre periferie (depuneri de cupru).

Tulburările psihice sînt tardive, afectînd comportamentul și caracterul ; uneori se întîlnesc tablouri de tip demențial sau paranoid. Tulburările trofice și viscerale sînt discrete (de obicei ciroza nu se evidențiază clinic). Examenele paraclinice evidențiază o scădere marcată a celuloplasminei, cupremie sub 40—80 µg % (N = 100 µg %), creşterea cuprului tisular peste 200 grame la un gram de ţesut hepatic (N < 100 µg %), granulopenie şi trombocitopenie.

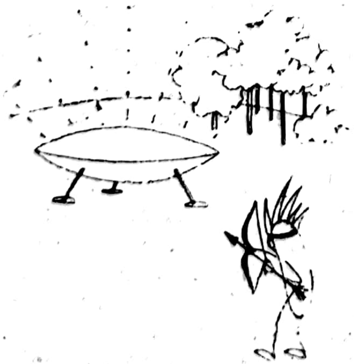
Evoluţia spontană este spre ciroză. Tratamentul cuprinde măsuri dietetice, administrarea de agenţi kelatori, vitamine.

66. **WIMMER-STERN(S) simptom** ● Simptom postencefalitic, constînd în crize tonice, cu blocarea privirii în jos (inversul „plafonizării"). Poate fi însoţit şi de alte manifestări spastice, precum şi de emiterea forţată de ţipete. Este un semn al lezării structurilor striatului. A fost descris în 1926.

67. **WINDSCHEID(S) sindrom** ● Sindrom descris la bolnavii cu ateroscleroză incipientă, caracterizat din punct de vedere clinic prin manifestări de tip neurastenic (tulburări de atenţie şi memorie, cefalee, hiposomnie, diminuarea randamentului social, hiperemotivitate, iritabilitate), la care se asociază, inconstant, semne neurologice minore (lentoarea reflexului fotomotor, hiperreflectivitate osteotendinoasă, parestezii în membre, tremor distal al degetelor) şi tulburări neurovegetative (paloare, tahicardie etc.). Sindromul a fost descris de WINDSCHEID în 1901. Se consideră că acest sindrom ar preceda instalarea leziunilor encefalice aterosclerotice definitive.

68. **WING-COOPER-SARTORIUS(T) — scală** ● Chestionar de autoevaluare a simptomatologiei psihiatrice, cuprinzînd 140 de simptome, grupate în 30 de sindroame. Permite atît un diagnostic diferenţial al diferitelor entităţi, cît şi stabilirea gradului de exprimare a unui anumit simptom. A fost propus în 1974.

69. **WINKLE (Van) RIP(S) sindrom** ● Defect de personalitate care apare la pacienţii ce au pierdut mult timp contactul cu lumea, cu mediul lor obişnuit, datorită unor boli cu evoluţie prelungită, unor dificultăţi economice sau unor circumstanţe sociale (refugiu, detenţie, alte tipuri de izolare). La venirea în fostul lor mediu, ei constată că sînt nişte „străini într-o lume străină", ale căror legături socio-familiale s-au deteriorat, ca şi majoritatea abilităţilor ocupaţionale. Unele preocupări, obişnuite, mai ales cele din domeniul sportiv, muzical, sînt cel mai frecvent abandonate. Tratamentul acestor tulburări este psihoterapeutic şi constă în reeducarea vechilor deprinderi.



70. **WINTERMIN(M)** Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acţiune sedativă simpatico-vago-spasmolitică, fără a induce, în mod obligatoriu, somnul. Acţiunea sa durează şase ore de la administrare. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN(M).

71. **WISCHER(B) boală** ● Ansamblu al tulburărilor apărute la prizonierii de război şi la deţinuţii din lagărele de concentrare. Boala „gardului de sîrmă ghimpată" a fost descrisă în timpul primului război mondial şi se manifestă, după opinia lui WISCHER, prin disforie, izolare (pînă la autism), apatie, hiperestezie auditivă, hipomnezie şi hipoprosexie, care persistă un timp variabil după eliberarea din condiţiile de detenţie. Mai expuse la apariţia acestui tip de patolgie sînt persoanele dependente, lipsite de iniţiativă (→ K.Z.(S) sindrom).

72. **WITKINE A. Herman** (1916—1979). ● Psiholog american ; a studiat la Universitatea din New York, primind titlul de doctor în filozofie în anul 1939. Între 1940—1952, a predat la colegiul din Brooklyn. După această dată, a fost numit profesor în cadrul departamentului de psihiatrie din Universitatea de Stat din New York. Din 1952 pînă în 1971, a lucrat în Serviciul de studii educaţionale şi a primit o serie de titluri onorifice. Prin studiile sale, a contribuit la conceptualizarea relaţiei dintre stilurile cognitive şi personalitate. Începute în anii '40, observaţiile sale în domeniul percepţiei l-au condus la concluzia că există diferenţieri nete în ceea ce priveşte modul de a stabili relaţii interpersonale de socializare, de admitere a riscului etc. între

indivizi și între diferitele vîrste ale aceluiași individ. Dintre lucrările sale pot fi citate : „Personalitatea prin percepție" (1954), „Diferențierea psihologică" (1962), „Stilurile cognitive în adaptarea personală și culturală" (1978), „Stiluri cognitive : esențe și origini".

73. **WITTMAACK-EKBOM(B) boală** — sin. ANXIETAS TIBIARUM ; NERASTENIE AGITATĂ ; SINDROMUL PICIOARELOR NELINIȘTITE („REST-LESS LEGS") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ EKBOM(S) sindrom.

74. **WITTMAN Blanche** ● Figură din galeria bolnavilor celebri, „regina istericelor". A fost pacienta lui CHARCOT la Salpêtrière, în epoca studiilor acestuia asupra somnului hipnotic. Maestrul a folosit-o adesea la demonstrațiile sale pentru studenți și public, iar BROUILLET a imortalizat-o pe pînză (leșinînd în brațele lui BABINSKI), în cunoscuta lucrare „Lecția clinică a doctorului CHARCOT" (1887), a cărei reproducere a împodobit cabinetul de lucru al lui FREUD, toată cariera acestuia.

După perioada de la Salpêtrière, Blanche s-a instalat la Hôtel Dieu. ca bolnavă a lui P. JANET, dar cu o netă schimbare de personalitate. „Cariera" ei s-a încheiat pe „scena" unde debutase, la Salpêtrière, dar nu ca bolnavă, ci ca asistentă la laboratorul de radiologie al spitalului. Odată cu dispariția modei marilor crize din „belle époque" dispare și „boala" ei. Mai mult, atinsă de un cancer profesional (legat de activitatea sa în radiologie), suportă amputații ale brațelor, fără nici un simptom care să amintească de vechea sa „intoleranță la frustrare".

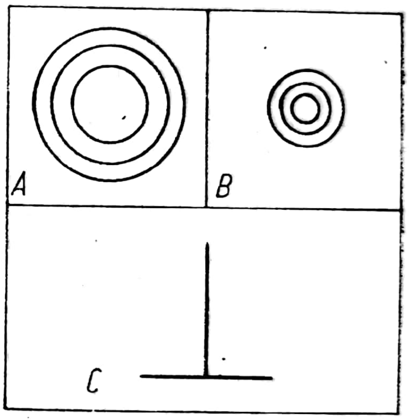
75. **WOLTMAN(S) semn** ● Scădere patologică a întregii activități reflexe în mixedematoză. Se asociază cu celelalte semne și simptome somatice și psihice ale acestei boli.

76. **WOOD-NORMAN(S) sindrom** ● Formă congenitală de idioție amaurotică, cu transmisie autosomal-recesivă și debut foarte precoce, caracterizată prin hidro- sau microcefalie, spasme și paralizii ale extremităților, tulburări de deglutiție și respirație și lipsa progreselor în dezvoltarea neuropsihică. Sfîrșitul letal este rapid (cîteva luni).

77. **WORSTER-DROUGHT-Mc. NEMLY-GREENFIELD(B) boală** ● Formă particulară de demență presenilă, cu caracter ereditar, descrisă în 1940. Debutul are loc în decada a cincea de viață, specifică fiind rigiditatea musculară de tip extrapiramidal, însoțită de paralizii spastice și demență progresivă. Evoluția nu depășește, de regulă, un deceniu.

78. **WUNDT(I) — iluzii** ● Iluzii fiziologice de mărime prin contrast, descrise de W. WUNDT ca macropsii și dismegalopsii.

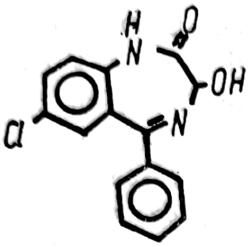
Exemplul 1 : dintre două cercuri cu diametre obiectiv egale, cercul A fiind încadrat de cercuri mai mici, ultimul va fi apreciat ca avînd dimensiuni mai mari.



Exemplul 2 : efortul ocular diferențiat pe verticală (mai intens) față de orizontală explică de ce între două linii obiectiv egale, una verticală și cealaltă orizontală, verticala va fi percepută ca fiind mai lungă decît orizontala.

79. **WYAMINE(M)** Belgia, Canada, Olanda, SUA — DCI *Mefentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip N,α, α-trimetilfenetilamină, cu acțiune psihostimulentă și valențe discret antidepresive și anxiolitice. Este indicat și în medicina psihosomatică, tulburări de dinamică sexuală, scăderea performanțelor psihofizice din preinvoluție → PSIHOSTIMULENTE.

80. **WYPAX**$^{(M)}$ Japonia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acţiune anxiolitică, sedativă şi miorelaxantă. Nu se administrează în timpul sarcinii.



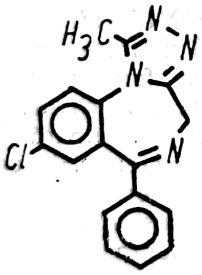
81. **WYSEALS**$^{(M)}$ SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acţiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă şi uşor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă şi depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecţiuni psihosomatice. Deşi fără efecte secundare evidente şi contraindicaţii, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinenţă“. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

XX XX
XX XX
XX XX
XX XX
XX
XX XX
XX XX
XX XX
XX XX

1. **„X" FRAGIL$^{(S)}$ sindrom** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ AARSKOG$^{(S)}$ sindrom.

2. **XALOGEN$^{(M)}$** Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă, depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstinență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT$^{(M)}$.

3. **XANAX$^{(M)}$** Anglia, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Germania, SUA — DCI *Alprazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 8-clor-1-metil-6-fenil-4H-s-triazol/4,3-a//1,4/benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică. Este contraindicat în timpul sarcinii.



4. **XANTINE** ● Substanțe cu efect excitant central, izolate din plante cum sînt Coffea arabica, Camellia thea (Thea sinensis) și Theobroma cacao, sub formă de alcaloizi cu structură metil-xantinică: cafeina, teofilina, teobramina. Efectele acestei substanțe sînt de tip stimulant psihomotor și miocardic, diuretic, bronhodilatator. Aflate în băuturi stimulante cu utilizare frecventă și în masă (ceai, cafea), consumul lor abuziv poate produce efecte nefavorabile și uneori chiar o formă de dependență limitată. Alcaloizii xantinici stimulează direct sistemul simpato-adrenal, iar efectele excitatorii centrale (la nivel cortical) par a fi corelate cu activitatea sistemului adenilatciclază-adenozinmonofosfat ciclic (AMPc). Dozele moderate ameliorează performanțele psihomotorii, în timp ce dozele mari pot determina fie efecte favorabile, fie dimpotrivă, în funcție de gradul de toleranță al subiectului. Cafeaua este utilizată limitat în terapia intoxicației alcoolice acute, în terapia unor crize migrenoase, iar sub formă de 1-hexil-3,7-dimetilxantină, în combinație cu acidul nicotinic (Pentifilin, Cosaldon) — în procesele deteriorative cognitive ale vîrstnicilor, ameliorînd circulația cerebrală prin acțiunea vasodilatatoare asupra musculaturii netede din pereții vasculari.

5. **XANTINOL NICOTINAT$^{(M)}$** România — DCI *Xantinol nicotinat* ● Produs farmaceutic de tip 7-/2-hidroxi-3-(N-2-hidroxietil-N-metilaminopropil-(1,3-dimetil-xantipiridin-3-carboxilat/, cu acțiune pe plan hemodinamic, determinînd vasodilatație prin efectul relaxant asupra musculaturii netede a vaselor. Rezultatul este o mai eficientă utilizare a oxiengului și a substanțelor nutritive de către țesuturi; această acțiune determină utilizarea medicamentului în deficiențe de irigare sanguină, arteriopatii periferice, ischemie cerebrală subacută și cronică, scleroză cerebrală, sechele după ictus, mai ales la vîrstnici. Efectele se obțin la o doză medie zilnică de 0,450—0,6g/ zi (3—4 comprimate) după o perioadă de doză de atac 0,9—1,2 g/zi.

6. **XANTOCIANOPSIE** (cf. gr. *xanthos* „galben"; *kyanos* „albastru"; *opsis* „vedere") ● Discromatopsie cu caracter particular, constînd în incapacitatea subiectului de a recunoaște culorile verde și roșu. Singurele cu-

lori şi nuanţe percepute sînt cele din gama galbenului şi albastrului. Prin caracterul ereditar şi frecvenţa redusă constituie un avantaj în diagnosticul corect al halucinaţiilor policrome.

7. **XANTOCROMIE LICHIDIANĂ** (cf. gr. *xantos* ● Culoare particulară a lichidului cefalorahidian întîlnită după hemoragii meningiene, dar şi in tifosul exantematic cu erupţii cutanate hemoragice. În această a doua circumstanţă, xantocromia este însoţită de o pleiocitoză uşoară sau moderată (5—10 elemente/mm), cu predominanţa polimorfonuclearelor neutrofile. Termenul a fost creat de MILIAN şi CHIARY în 1902. Poate să apară şi la bolnavii icterici (cînd bilirubina depăşeşte 15 mg%), fără să existe un raport între intensitatea ei şi bilirubinemie ; în compresiile medulare şi procesele inflamatorii constituie sindromul Nonne-Froin. Pînă la apariţia metodelor spectrofotometrice moderne, xantocromia era apreciată în patru trepte de intensitate, de la + la ++++. TOURTELOTTE şi VAN DER MEULEN (1966) propun metode de calcul şi apreciere spectrofotometrică (aşa-numitul „index xantocromic“), care pot duce la determinări precise ale hemoglobinei, bilirubinei şi methemoglobinei în LCR.

8. **XANTOMATOZĂ CRANIOHIPOFIZARĂ** — sin. XANTOMATOZĂ NORMOCOLESTEROLEMICĂ (BOGAERT) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HAND-CHRISTIAN-SCHÜLLER$^{(B)}$ boală.

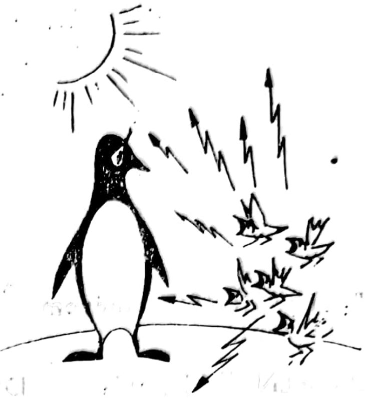
9. **XANTOPSIE** (cf. gr. *xantos* ; *opsis*) ● Tulburare a percepţiei vizuale, constînd în percepţia monocromatică a obiectelor, ce par colorate în galben. Poate fi observată în icterul de diferite etiologii, în intoxicaţiile cu santonină (antihelmintic), chinidină etc. Prezintă interes în psihiatrie în diagnosticul diferenţial al halucinaţiilor monocrome.

10. **XENIASEN**$^{(MC)}$ Grecia ● Produs terapeutic ce conţine două medicamente tipizate, avînd aceeaşi acţiune, care se complementează :

- MEPROBAMA$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- OXAZEPAM$^{(M)}$ — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are efecte anxiolitice şi sedative.

11. **XENOFOBIE**$^{(F)}$ (cf. gr. *xenos* „străin“ ; *phobos* „frică“) ● Teamă exagerată de persoane străine. Bolnavul evită contactul cu orice persoană care *nu* face parte din mediul său familial sau din cercul de cunoscuţi. În cazurile severe, de multe ori nu mai sînt acceptaţi nici cunoscuţii, cărora li se percep doar însuşirile sau trăsăturile negative de personalitate.



Pe lîngă fobia principală, apar frecvent şi alte fobii, de importanţă mai mică, dar care sînt percepute de individ drept cauze ale disconfortului afectiv : teama de critică, de a nu fi apreciat negativ, de jigniri sau chiar răniri. Intensitatea trăirii fobice este influenţată de factori ca : vîrsta străinilor, distanţa la care se găsesc, înfăţişarea lor fizică, gesturile pe care le fac în momentul în care sînt observaţi, locurile în care sînt întîlniţi, dacă sînt însoţiţi de cunoscuţi sau nu etc.

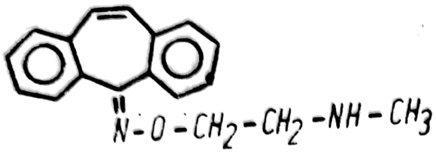
Xenofobia face ca viaţa socială a bolnavului să fie mult restrînsă, cu evidente implicaţii şi în activitatea profesională. Apare la personalităţi emotive, nevrotice, anxioase, psihastenice, cu nevroză obsesivă.

12. **XENOFONIE** (cf. gr. *xenos* ; *phonein* „a vorbi“) ● Tulburare de vorbire constînd într-un viciu de fonaţie sau de accentuare, care dă impresia vorbirii într-o limbă străină. Poate face parte din tulburările expresiei verbale ale schizofreniei. Mai poate fi întîlnită şi ca manifestare isterică, a cărei determinare este dorinţa constantă a subiectului de a atrage atenţia asupra sa.

13. **XENOPATIC**$^{(D)}$ **delir** (cf. gr. *xenos* ; *pathos* „încercare, experienţă“) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ INFLUENŢĂ$^{(D)}$ delir.

14. **XENOPATIE** — sin. SINDROM DE ACŢIUNE EXTERIOARĂ (H. CLAUDE) ; SINDROM DE INFLUENŢĂ ● Stare specială resimţită de delirant, care se consideră sub influenţa unor forţe exterioare, „străine“ de propria lui persoană, forţe care îi impun gînduri şi acţiuni, în afara propriei voinţe, sustrăgîndu-se controlului acesteia. Termenul a fost introdus de GUIRAUD.

15. **XERENAL**$^{(M)}$ Austria — DCI *Dosulepin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzotiepinic de tip N,N-dimetildibenz/b,e/tiepin-$\Delta^{11(6H)}$γ-propilamină, cu acţiune antidepresiv-timoleptică moderată, dublată de calităţi anxiolitice ; efectele secundare sînt moderate.



16. **XÉRÈNE**$^{(M)}$ Franţa — DCI *Mefenoxalonă* ● Derivat carbamatic de tip 5-/(0-metoxifenoxi)metil/-2-oxazolidinonă, cu acţiune sedativ-hipnotică, valenţe anxiolitice şi miorelaxante. Este indicat în nevroza anxioasă, insomnii, afecţiuni psihosomatice.

17. **XERODERMIE PIGMENTARĂ** — sin. IDIOŢIE XERODERMICĂ ; SINDROMUL IDIOŢIEI XERODERMICE $\xrightarrow{sin.}$ SANCTIS — CACCHIONE$^{(S)}$ sindrom.

18. **X-OTAG**$^{(M)}$ SUA — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(0-metil-α-fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acţiune miorelaxantă şi unele valenţe antidepresive (de intensitate mică). Este utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranţă îi conferă o utilizare fără restricţii.

19. **„XYY"**$^{(S)}$ **sindrom** → ABERAŢII CROMOZOMIALE.

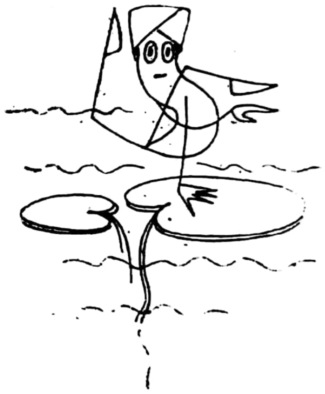
YY YY
YY YY
YY YY
YY YY
YY YY
YY
YY
YY
YY

1. **YAGÉ** ● Substanță cu efect psihedelic, folosită în America Centrală și de Sud, obținută prin strivirea și macerarea tijelor unor liane ca ayahuasca (Banisteria cuapi) și yagé (Haemadictum amazonicum). Lichidul astfel obținut, de culoare brun-verzuie, cu miros puternic, se consumă în stare pură sau diluat și provoacă halucinații vizuale colorate și o stare de euforie. Supradozarea substanței provoacă hipersalivație, greață, vărsături, astenie. Același alcaloid (un derivat indolic al cărui nucleu este substituit în poziția a cincea) se găsește și într-o vitacee din Asia, Peganum harmala. Substanța activă mai poartă numele de telepatină.

2. **YLOFOBIE**(F) (cf. gr. *hylos* „pădure"; *phobos* „frică") ● Teamă patologică de pădure $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HILOFOBIE.

3. **YOGA** (cf. sanscrită *yoga* „legare, unire") ● Sistem filozofic originar din India, conform căruia omul poate atinge starea de perfecțiune prin concentrare, meditație, contemplare, practici ascetice. Starea de perfecțiune ar corespunde unei depline luări în stăpînire a corpului și a spiritului de către persoana în cauză. Ca disciplină și sistem filozofic, yoga este foarte veche (5000—3000 ani î.e.n.). În urma practicării exercițiilor *yoga*, s-ar obține un echilibru fizic și psihic, o capacitate de control și reglare permanentă a acestui echilibru. Prin autoobservație, concentrare, meditație, se ajunge la autocunoaștere. Există patru mari ramuri *yoga*:

- Hata-Yoga, supranumită *yoga de forță* — vizează controlul respirației, al poziției corpului prin concentrare mintală asupra acestora, considerîndu-se că fizicul și psihicul există într-o unitate; perturbarea acestei unități provoacă dezordini mai mult sau mai puțin grave ale sănătății individului.
- Laya-Yoga — vizează dominarea ființei prin voință, prin capacitatea de autocontrol asupra organismului și a propriei conștiințe.
- Dhyana-Yoga — vizează controlul proceselor mintale prin meditație.
- Raja-Yoga — prin observarea stărilor interioare, cunoașterea lor, autoanaliză, se ajunge la stările superioare de cunoaștere.



PATANJALI recomandă opt tehnici (procedee), care sintetizează cele patru ramuri yoga:

- Yama — abstinența sau practica virtuților negative, a interdicțiilor: să nu ucizi, să nu minți etc.
- Niyama — disciplina sau practica virtuților pozitive: purificare, abținere, studiu, adorație, oprirea gîndurilor ostile prin provocarea unor gînduri contrare.
- Asana — poziții, posturi relaxante, plăcute și stabile.
- Pranayama — respirația, controlul proceselor mintale prin respirație.
- Pratyaharah — relaxarea; activitatea senzorială să fie controlată astfel încît

nu fie acaparată de obiecte exterioare, să funcționeze liber, nesubordonată acestor obiecte.

- Dharana — concentrarea, mintalul se fixează pe un obiect particular, interior.
- Dhyana — meditația sau contemplarea: procesele mintale se focalizează în fluxul neintrerupt al cunoașterii asupra obiectului interior.
- Samadhi — identificarea sau iluminarea, realizarea cunoașterii superioare, ființa trecind de la existență la cunoaștere pură, supremă; este o stare care favorizează percepția extrasenzorială.

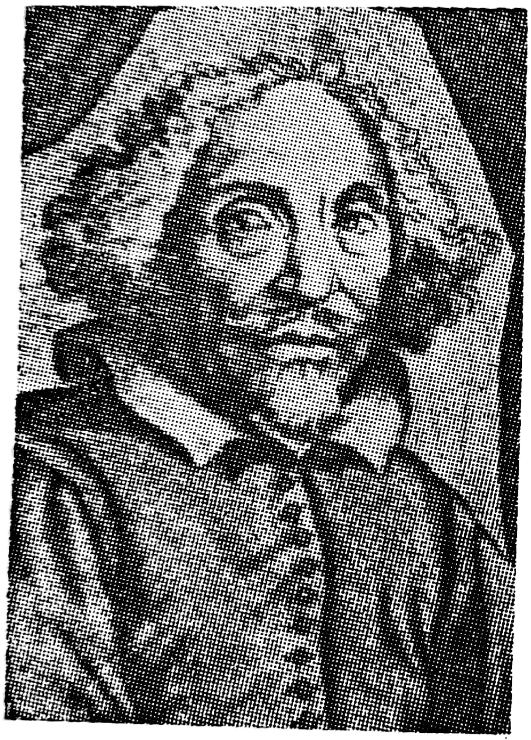
Fără ca aceste puncte de vedere să se bucure de o acceptare unanimă, le prezentăm ca atare, preluate din lucrări recente de specialitate.

4. **YOHIMBINĂ** ● Alcaloid natural al plantei Corynathe Yohimbre, avind drept efect blocarea receptorilor alfa-adrenergici și, în consecință, o acțiune simpaticolitică, cu efecte vasodilatatoare. Este folosit ca substanță afrodisiacă datorită efectelor vasodilatatoare în sfera genitală și creșterii tonusului parasimpatic al erecției. Este incorporată într-o serie de produse pentru tratamentul tulburărilor de dinamică sexuală.

5. **YOHISTRINE MASCULINE** ● Produs farmaceutic pe bază de *yohimbină clorhidrat*, conținînd și hormoni androgeni, stricnină, metilarsenat de calciu și sodiu, utilizat pentru redresarea funcției sexuale deficitare la bărbați. Efectul este datorat stimulării centrului sacrat al erecției.

ZZZZZZZZZ
ZZZZZZZZZ
ZZZ
ZZZ
ZZZZZZ
ZZZ
ZZZ
ZZZZZZZZZ
ZZZZZZZZZ

1. **ZACCHIAS Paul** (1584—1659) ● Medic italian, veritabil spirit enciclopedic, supranumit în epocă „Omniscius" (fiind totodată pictor, poet, muzician și jurist valoros). Printre numeroasele sale lucrări figurează și „Tratatul bolilor hipocondriace" (1639), precum și principala sa lucrare „Probleme medico-legale" (1624), care a avut numeroase ediții pînă în 1688. Pe lîngă descrierea unor afecțiuni psihice, autorul s-a precocupat de principiile ce trebuie să stea la baza expertizei medico-legale, de problemele simulației și ale intervalelor intercritice. Este considerat fondatorul psihiatriei judiciare.


Paul Zacchias

2. **ZAFRIONIL**$^{(M)}$ Grecia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-/4-(p-clorfenil)-4-hidroxipiperidino/-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

3. **ZAIMOV — indice** ● Estimare a coeficientului de cuvinte lipsite de sens care apar în discursul schizofren. Se stabilește un procent care, în opinia autorului, este semnificativ pentru gravitatea bolii. ZAIMOV a avut în vedere și posibilitatea analizei mai profunde a logogramei, diferențiind neologismele de alte modificări ale limbajului.

4. **ZANGWILL**$^{(S)}$ **sindrom** ● Sindrom apraxo-agnozic care apare în leziunile masive ale emisferului drept. Grupează următoarea pentadă simptomatologică :

- agnozie spațială unilaterală stîngă ;
- apraxie constructivă ;
- apraxia îmbrăcării ;
- deteriorarea orientării spațiale și a memoriei topografice ;
- tulburări oculomotorii.

A fost descris de O. L. ZANGWILL în 1950, fiind asemănător cu sindromul lui HECAEN.

5. **ZAPAN Gheorghe** (1897—1976) ● Reprezentant de seamă al psihologiei experimentale și ciberneticii calitative românești, de formație multidisciplinară : psiholog, filozof, jurist, matematician și cibernetician. Elev al lui EINSTEIN, SCHRÖDINGER, KOHLER și RUPP, a susținut două doctorate : în psihologie și matematică ; a fost membru a două academii (București, New York) ; este întemeietorul taxiologiei. Orientarea sa științifică a fost influențată de gestaltism, fiind adeptul structuralismului german, fapt care nu l-a împiedicat să progreseze spre o abordare complexă sistemică, evolutivă și cibernetică a psihicului și activității umane.

Gheorghe Zapan

Principalele sale preocupări au fost reprezentate de probleme de taxiologie, orientarea profesională şi depistarea de aptitudini, aprecierea obiectivă a personalităţii, psihologia matematică (corecţia Zapan la teoria Shannon, teoria ionică a excitaţiei, probleme legate de temperament stereotip, deprinderi, model, modelare etc.). A funcţionat 40 de ani în calitate de profesor de psihologie experimentală la Universitatea Bucureşti.

6. **ZAVILEANSKAIA^{s} simptom** ● Înviorare bruscă a mimicii bolnavului alcoolic în momentul cînd este întrebat ce băuturi alcoolice consumă cu predilecţie. Destinderea trăsăturilor, zîmbetul şi, în cele mai multe cazuri, reflexul mimico-gustativ de lingere a buzelor apare, după părerea autoarei, la mai mult de jumătate din bolnavi. Simptomul a fost descris în 1956.

7. **ZAVILEANSKAIA$^{(S)}$ sindrom** ● Manifestare a schizofreniei copilului şi adolescentului, constînd în nevoia de asigurare pe care subiectul o resimte în legătură cu starea lui de boală şi schimbarea statutului lui familial şi în cadrul colectivităţii. El cere insistent celor din jurul lui să împărtăşească temerile sale, dar primind răspunsuri liniştitoare revine după un timp (care se scurtează progresiv) cu aceleaşi întrebări care, odată cu evoluţia bolii, îşi pierd încărcătura afectivă şi iau aspect stereotip. Sindromul a fost descris în 1977.

8. **ZAZZO$^{(T)}$ test** ● Metodă proiectivă de studiere a trăsăturilor de personalitate, a reactivităţii emoţionale, a conflictelor şi valorilor cu care operează copilul de 5–12 ani. Testul constă într-un set de întrebări adresate micului pacient, privitoare la animalul cu care ar dori să se identifice prin transformare şi asupra motivaţiei acestei opinii. Testul a fost descris în 1960.

9. **ZAZZO-GILLY-RAY$^{(T)}$ test** — sin. SCALA NEM ● Varianta scalei de inteligenţă Binet-Simon.

10. **„ZEBRA-BODY MYOPATHY"** (MIOPATIE CU CORPI ZEBRAŢI) ● Afecţiune rară, întîlnită la copii, caracterizată clinic prin diminuarea forţei musculare, subiectul fiind incapabil de eforturi susţinute, şi morfologic (biopsie musculară), prin prezenţa structurilor nemielinice şi abundenţa structurilor zebrate, constituite din succesiuni de zone electronodense şi zone clare, de circa 150 microni fiecare (un corp zebrat măsoară 2–3 microni). Modificările electromiografice şi enzimatice sînt minime. Afecţiunea a fost descrisă de LAKE şi WILSON în 1975.

11. **ZEFLEMEA** — sin. PERSIFLARE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ IRONIE.

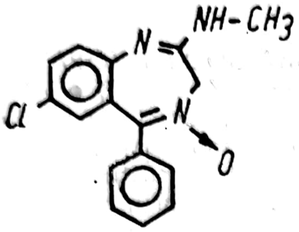
12. **ZEIGARNIK — fenomen** ● Fenomen constînd în memorarea mult mai bună (de circa două ori) a informaţiilor referitoare la sarcini întrerupte, decît a celor referitoare la sarcini finalizate, în condiţiile în care subiecţilor li se propune spre rezolvare o serie de probleme (de enigmistică, aritmetică, construcţii din piese detaşate), experimentatorul intervenind prin stoparea finalizării execuţiei lor (se retrage materialul de testare). Fenomenul este cunoscut şi sub numele de „efectul Zeigarnik" (1927) şi a fost pus în evidenţă iniţial într-unul din loboratoarele lui K. LEWIN, ulterior fiind verificat în diverse variante (de către NUTTIN, ROSENZWEIG).

Fenomenul este strîns legat de motivaţia memoriei ; a fost explicat prin persistenţa tensiunii motivaţional-conative în sistemul mnezic (în cazul activităţilor rezolutive întrerupte) şi, corespunzător, prin reducerea sau descărcarea tensiunii, în cazul problemelor duse la bun sfîrşit fără întrerupere. Efectul Zeigarnik prezintă diferenţe interindividuale în funcţie de vîrsta subiecţilor, gradul de oboseală, intervalul de timp scurs între sarcină şi evocarea ei, gradul de interes acordat sarcinii etc.

13. **ZEIGARNIK$^{(T)}$ test** ● Metodă de depistare a tulburărilor de gîndire şi asociaţie din schizofrenie. Constă în prezentarea unui set de proverbe şi metafore pentru care subiectul trebuie să aleagă, dintr-o culegere de fraze asemănătoare cu proverbele şi metaforele,

pe cele care au un sens figurat asemănător. Testul a fost folosit în practică începînd cu anul 1934.

14. **ZEISIN$^{(M)}$** Germania — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acţiune anxiolitică, anticonvulsivantă şi miorelaxantă; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.



15. **ZEL** (cf. gr. *zelos* „ardoare, zel") ● Modalitate de îndeplinire a unei acţiuni în care este depăşit cadrul strict al unor instrucţiuni sau recomandări. Excesul de zel poate fi explicat atît prin existenţa unor trăsături de personalitate cum ar fi dorinţa de afirmare sau tendinţa spre perfecţionism, cît şi prin activarea externă a persoanei cu ajutorul unor stimulente. Poate avea consecinţe pozitive, dar şi negative, în funcţie de personalitate şi de situaţie.

16. **ZELLER Ernest Albert** (1804—1877) ● Psihiatru german, a întemeiat azilul Winnenthal din Wurtenberg, pe care l-a condus timp de 44 de ani. A fost unul dintre promotorii tezei privind psihoza unică şi un permanent susţinător al determinismului somatic în bolile psihice.

17. **ZELLWEGEN$^{(S)}$ sindrom** — sin. H.H.$^{(S)}$ sindrom (HIPOTONIE, HIPOGONADISM); H.H.O.$^{(S)}$ sindrom; (HIPOTONIE, HIPOMENŢIE, OBEZITATE); H.H.H.O.$^{(S)}$ sindrom (HIPOTONIE, HIPOMENŢIE, HIPOGONADISM, OBEZITATE); PRADER-LABHARDT-WILLI-FANCONI$^{(S)}$ sindrom; PRADER-WILLI$^{(S)}$ sindrom; PRADER-WILLI-LABHARDT$^{(S)}$ sindrom ● Sindrom a cărui etiologie şi mod de transmitere sînt încă necunoscute; se admite că manifestările clinice s-ar datora unor tulburări morfologice sau funcţionale la nivelul hipotalamusului şi nucleului retromedian sub acţiunea unor cauze endo- şi exogene. A fost descris de A. PRADER şi H. WILLI, în 1956.

Sindromul este mai frecvent la băieţi şi se instalează imediat după naştere. Tabloul clinic evoluează în trei stadii:

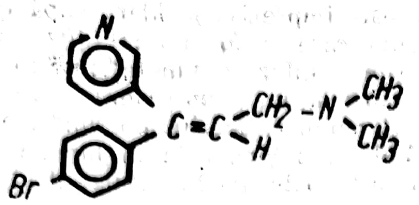
- stadiul I, caracterizat prin amiotonie generalizată (fără amiotrofie), adinamie, voce stinsă, supt leneş;
- stadiul II se caracterizează prin obezitate tronculară (exceptînd extremităţile), hiperfagie, întîrziere a dezvoltării staturale şi a vîrstei osoase, întîrziere psihică (QI între 50—80). În acest stadiu sînt frecvente anomaliile morfologice (frunte proeminentă, ochi migdalaţi, fante palpebrale oblice în sus, strabism convergent, boltă palatină ogivală, acromicrie, scolioză evolutivă, picior plat valg, osteocondrită a şoldurilor etc.;
- stadiul III — este evident hipogonadismul (criptorhidie bilaterală constantă, atrofie testiculară, penis mic, scrot hipoplazic) şi uneori diabet zaharat.

Examenul electroencefalografic indică totdeauna prezenţa unor grafoelemente patologice (alterare disritmică a traseelor); examenul radiologic evidenţiază scolioza evolutivă şi osteocondrita şoldurilor. Semnele biologice trădează prediabetul sau diabetul zaharat (atunci cînd acesta se manifestă).

Evoluţia şi prognosticul sînt în general nefavorabile, datorită caracterului progresiv al manifestărilor clinice şi mai ales datorită posibilităţii de instalare a diabetului zaharat rezistent la tratament. Tratamentul constă în administrarea de hormoni sexuali şi regim hipocaloric şi hipoglucidic.

18. **ZELLWEGER$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom cu transmitere autosomal-recesivă, constînd în asocierea unor tulburări în dezvoltarea SNC (macrogirie sau polimicrogirie) cu hepatomegalie şi disgenezii hepatice, incluzînd modificări cirotice, tulburări renale (albuminurie, chisturi, degenerare glomerulară). La acestea se adaugă hipotonie, modificări osoase, tulburări oculare (cataractă, nistagmus, glaucom), creşterea fierului seric. Descris de P. BOWEN şi colaboratorii săi (1964), sindromul avînd o evoluţie mortală în maximum şase luni de la naştere, nu trebuie confundat în fazele iniţiale cu sindromul Down care are altă evoluţie.

19. **ZELMID$^{(M)}$** Anglia, Canada, Olanda
ZELMIDINE$^{(M)}$ Belgia
— DCI *Zimelidină* ● Psihotrop de tip (Z)-3-/1-(p-bromfenil)-3-(dimetilamino)propenil/piridină, cu acţiune antidepresivă şi sedativ-anxiolitică, situat, după majoritatea autorilor, între timoleptice



și tranchilizante ; este de fapt un tranchilizant cu valențe antidepresive.

20. **ZELOFOBIE$^{(F)}$** (cf. gr. *zelos* ; *phobos* „frică") ● Teamă patologică de gelozie pe care psihanaliza o interpretează drept un mod de eliberare de angoasa provocată de refularea pulsiunilor sexuale și agresive ; este întîlnită în nevroza obsesivo-fobică, psihastenie, isterie.

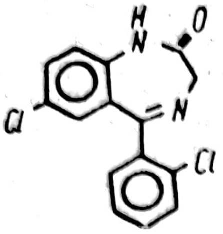
21. **ZELOTIPIE** (cf. gr. *zelos* ; *typos* „semn, tip") ● Zel, patologic în executarea unor acțiuni. Termenul are o largă conotație, care nu ține seama de bazele psihopatologice ale manifestării. Astfel, zelul paranoicului, care ține cu tot dinadinsul să-și transpună în practică o serie din creațiile schematice ale minții sale, fără contingențe cu realitatea și frecvent disfuncționale, este diferit de cel al anancastului, care, în dorința sa de perfecțiune, caută desăvîrșirea (la cotele imposibilului) unei acțiuni. Dizarmonicul isteric poate fi cuprins uneori de „crize de zel", care nu au alt scop decît scoaterea în evidență și pe această cale, a propriei persoane. În sfîrșit, debilii mintal pot da dovadă de zel patologic, care este mai ales expresia incapacității lor de a aprecia consecințele unei acțiuni și/sau faptul că ea este practic încheiată, decît expresia vreunei aspirații personale.

22. **ZEMOCRON$^{(M)}$** Grecia — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-/(1-etil-2-pirolidinil)metil/-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsiunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Are efecte secundare comune cu NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

23. **ZEN** (cf. sanscrită *dhyana* „contemplație, liniște a gîndurilor și emoțiilor în vederea eliberării de dualitate". Preluat de chinezi, termenul și practica „dhyana" devin „chan" ; preluat de japonezi de la chinezi, „dhyana" capătă denumirea de „zen") ● Versiune a budismului — interpretare chineză a doctrinei iluminării, înțelegînd prin aceasta o experiență interioară profundă de cunoaștere a naturii umane și a naturii lucrurilor. Această experiență interioară nu se realizează prin filozofie și analiză conceptuală, ci printr-un efort propriu de concentrare și meditație, efort care nu se obține prin acțiunea intelectului. Aici operează puterea intuiției, care surprinde instantaneu adevărul și se dezvoltă prin meditație. Iluminarea ar corespunde unei stări de seninătate spirituală completă care favorizează o înțelegere superioară, dincolo de simțuri și de intelect, o purificare noetică (în psihologia religiei această stare a fost numită convertire). A obține iluminarea presupune a pătrunde în interiorul lucrurilor, în propria lor natură, a ajunge la o revelație de sine. Se produce o detașare de valorile habituale, de concepțiile dualiste, de proprietățile și atributele care se acordă de obicei obiectelor și ființelor ; se realizează starea de vid ca stare de nonatașament. Este de menționat faptul că orientalii manifestă, în genere, prudență în a face comentarii asupra realului ; procedeul lor folosește negația, constă în a spune, vorbind despre un lucru anume, ceea ce lucrul acela nu este („acesta nu este nici rece, nici fierbinte, nici verde, nici pătrat..." etc.), conform principiului că esența naturii însăși interzice orice reprezentare mintală, orice definiție. Ca atare nimic nu poate fi afirmat. Interesant este faptul că SOCRATE a ajuns la o concluzie analogă : „eu știu că nu știu nimic". Cunoașterea (percepția) supremă presupune o rezonanță secretă, intimă, creată instantaneu, între subiect și obiect se stabilește o relație între natura profundă a obiectului și cea a subiectului, o unitate între subiect-ființă și lucrurile înconjurătoare. Zen-ul, ca practică de autocunoaștere, este o modalitate de întărire a capacității de adaptare prin rezolvarea contradicțiilor interioare profunde și prin punerea ființei în acord cu propria sa natură. Se apreciază că practicarea zen-ului diminuează, pînă la anihilare, angoasa și consecințele sale în plan emoțional și fiziologic ; relaxarea corpului și a psihicului influențează pozitiv mecanismele de apărare normală a organismului, ceea ce facilitează adaptarea la diferite împrejurări de viață.

24. **ZENI-F$^{(M)}$** Coreea — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat (amină simpaticomimetică), de tip N-etil-α-metil-m-(trifluorometil) fenetilamină ; există pericolul dependenței.

25. **ZEPAM$^{(M)}$** Turcia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM$^{(M)}$.



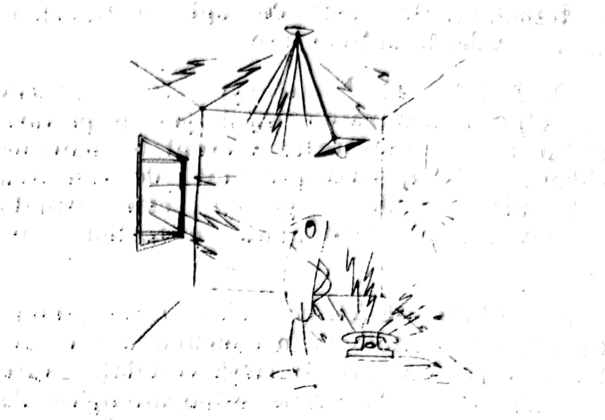
26. **ZEPINE$^{(M)}$** SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

27. **ZERONTIN$^{(M)}$** SUA — DCI *Etosuximid* ● Anticonvulsivant, derivat succinamidic cu acțiunea cea mai eficace și mai puțin toxică. Rapiditatea instalării efectelor anticonvulsivante este similară cu cea a fenobarbitalului. Este indicat în petit mal ; nu este eficace în formele psihomotorii de grand mal.

28. **ZETONIUM$^{(M)}$** Grecia — DCI *Oxprenolol* ● Betablocant de tip 1-/0-(aliloxi)fenoxi/-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, cu valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litiu, potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETA-BLOCANTE.

29. **ZETRAN$^{(M)}$** SUA — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

30. **ZGOMOT** ● Sunet sau amestec de sunete discordante, puternice, care impresionează în mod neplăcut auzul ; termenul cunoaște exprimări mai nuanțate, în funcție de sursa de producere : gălăgie, vacarm, vuiet, tumult. Deși, după cum afirmă Gh. BADIU și I. TEODORESCU-EXARCU, definiția zgomotului este imprecisă și diferă după specialitatea celui care o formulează (fizicianul — „un amestec confuz de sunete" ; igienistul — „o noxă sau chiar un traumatism ; fiziologul — „un sunet nedorit, deci inoportun"), poate fi reținută definția formulată în lumina teoriei informației ; toate perturbațiile aleatorii ce duc la deteriorarea informației în cursul transmiterii ei sau în cursul codajului sau decodajului. Zgomotul determină distorsionarea la nivelul mesajului, care se exprimă la nivelul neuropsihismului prin :



- ● sindromul general de „oboseală-slăbire" (acufene, cefalee, hipoprosexie de concentrare, anxietate, scădere ponderală, astenie — reversibile prin îndepărtarea poluării fonice) ;
- ● modificările EEG (intensă reacție de blocare a ritmului alfa, dar epuizabilă ; potențiale auditive evocate pe vertex la apariția unui zgomot neașteptat ; sincronizarea ritmurilor, încetinirea lor și dispariția undelor de excitație în cazul persistenței zgomotului și a instalării fenomenului de obișnuință ; trasee plate cu ritm alfa absent sau sărac, neactivat la persoanele supuse un timp îndelungat traumelor sonore) ;
- ● tulburările somnului (insomnii de adormire și de trezire, somn agitat, onirism bogat, coșmaruri) ;
- ● modificările excitabilității neuromusculare (scăderea cronaxiei, reflexe osteo-tendinoase crescute etc.) ;
- ● tulburările funcției vizuale (scăderea receptării culorilor, mai ales cea roșie, a capacității de acomodare la distanță, hemeralopie) ;
- ● modificările sistemului nervos vegetativ (hiperpnee, tahicardie, bradicardie, hipertensiune, hipotensiune, tulburări vasomotorii, digestive etc.) ;
- ● modificările pe plan psiho-afectiv și intelectual — lipsite de specificitate și chiar

contradictorii ; astfel expuși la condiții de zgomot; unii indivizi reacționează prin iritabilitate, hipoprosexie de concentrare, scăderea capacității de învățare și a randamentului intelectual, în timp ce alții, prin mobilizarea activă a concentrării voinței, reușesc performanțe de nivel superior (de scurtă durată).

Se apreciază ca nociv pentru organism zgomotul cu o intensitate mai mare de 80 dB, iar ca traumatism sonor, atunci cînd depășește 100 dB, variind pe o scală a frecvenței între 50 și peste 12 000 Hz (zgomotele cele mai înalte sînt și cele mai traumatizante).

În generarea surmenajului, a neurasteniei, a unor nevroze obsesivo-fobice sau chiar a unor sindroame confuzo-onirice, zgomotul joacă un rol important, nu numai prin calitățile lui „fizice“, ci și prin impactul pe care îl realizează cu tipul de personalitate (labilitate afectivă, trăsături obsesionale, anxioase) și cu starea afectivă în care se află subiectul sau pe care i-o evocă perceperea sa. Zgomotele determinate de căderea picăturilor de apă, de bătăile unui orologiu, de trecerea trenului, de explozii, de sonerii de alarmă etc. pot fi semnificative pentru declanșarea unor tulburări psihice de diverse intensități în istoria unor subiecți. Măsurile de igienizare sonoră (depoluare), care au, printre altele, în vedere igiena mediului înconjurător, la locul de muncă, pe stradă și în locuințe, pot contribui substanțial la evitarea îmbolnăvirilor psihice datorate zgomotului.

31. **ZHAR** (cf. arab. *zhar* — spirite considerate, în tradiția musulmană, responsabile de boli psihice) ● Aspect etnologic particular înregistrat în comunitățile de religie musulmană, care consideră că tulburările psihice sînt urmare a mîniei sau provocării spiritelor, determinînd o largă paletă de manifestări : depresie, psihoze cronice, orbire bruscă, crize convulsive, anorexie și paralizii ale membrelor și feței. Femeile par să aibă susceptibilitate mult mai crescută față de acest tip de posesie demoniacă. La acest eșantion se adaugă persoanele cu agresivitate crescută, violente, și cele care sînt în curs de modificare a statutului social. Aceste constatări arată rolul pe care îl joacă atît factorii endogeni, cît și cei psihogeni în vulnerabilitatea pentru zhar.

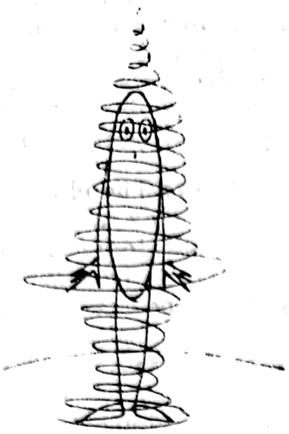
Într-o viziune tradițională, tratamentul tulburărilor psihice se face prin psihoterapii fideiste (sugestie, tămîieri, exorcizări), practicate de către conducătorii religioși locali. Se consideră că intrarea în transă a „vindecătorului“ în ritmul unei bucăți muzicale, interpretată de muzicanții locali, cu instrumente tradiționale (dintre care nu lipsesc tobele), în același timp cu „bolnavul“, ar fi criteriul diagnostic suprem al posesiunii.

32. **ZIEHEN Georg Theodor** (1862—1950) ● Psihiatru german, elev al lui KAHLBAUM. Din 1900 a condus catedra de psihiatrie din Utrecht, din 1903 — pe cea din Halle, iar între 1904 și 1910, pe cea din Berlin. După 1917 s-a orientat tot mai mult spre filozofie, conducînd, pînă în 1930, catedra de filozofie și psihologie din Halle. Are o serie de contribuții importante în domeniul psihopatologiei generale și al psihiatriei sociale.

33. **ZIEVE$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom întîlnit în formele de alcoolism gama (JELLINEK), constînd în lezarea ficatului și caracterizat prin : anorexie, greață, astenie, dureri în hipocondrul drept, subfebrilitate și tremor al extremităților. Explorările de laborator aduc o serie de modificări specifice (hipercolesterolemie, hiperlipemie, anemie, creșterea bilirubinei). A fost descris în 1958.

34. **ZINCUL (Zn) — relație cu demențele degenerative Pick și Alzheimer** ● Numeroase indicii sugerează ipoteza unei anomalii a metabolismului Zn în boala Pick : topografia particulară a gliozei hipocampice, cantitatea crescută de Zn în aceste regiuni presupun un rol al Zn (incorporat într-o metaloenzimă, glutamat dehidrogenaza) în metabolismul glutamatului, la rîndul lui ipotetic neurotransmițător sinaptic. S-a constatat faptul că, în boala Pick, în comparație cu demența Alzheimer, se află cantități mai mari de Zn în hipocamp, în globule roșii și urină. S-a mai constatat o corelație semnificativă între zincul seric și globulinele α_1 în boala Pick, și între Zn seric și albumine în boala Alzheimer, ceea ce ar putea conduce la ipoteza unei anomalii primare sau secundare a transportului plasmatic al Zn.

35. **ZINGERLE$^{(S)}$ sindrom** ● Sindrom constînd în mișcări de învîrtire axială a corpului, ce apar spontan sau ca urmare a unor excitații corporale diverse. Izolate sau în accese, ele sînt însoțite de secuse musculare generalizate, nistagmus și obnubilare ușoară a conștiinței. Atribuite inițial leziunilor lobului parietal (regiunea angulară și circumvoluția parietală superioară), aceste mișcări au fost descrise și în leziunile nucleilor bazali și ale lobului frontal (↦ AUTOMATOZĂ).



36. **ZIPAN$^{(M)}$** SUA — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN$^{(M)}$

37. **ZÎMBET** ● Expresie emoțională cu caracter spontan, habitual sau convențional, care se manifestă printr-o anumită mișcare facială (orientare în sus a colțurilor gurii, îngustare a ochilor) și corespunde unei stări de bucurie moderată. Ca mijloc de comunicare paralingvistică, zîmbetul poate transmite: bucurie, plăcere, aprobare, ironie, sarcasm, comprehensiune, umilință, superioritate etc. Ceea ce zîmbetul transmite, ca stare emoțională, depinde de situația în care se află subiectul, de modul în care el receptează mesajele vehiculate în situație, de ceea ce situația provoacă în subiect. Sub aspect semiologic, zîmbetul bizar, neadecvat sau pueril regresat, apare în psihozele schizofrenice, în special în hebefrenie. În aceste cazuri zîmbetul devine o expresie emoțională patologică în care conținutul emoțional vehiculat este discordant în raport cu stiuația.

38. **ZONĂ** ● Parte aparținînd unui tot unitar, delimitată pe baza unor proprietăți caracteristice și a unei anumite specificități funcționale. Termenul este utilizat în mai multe accepțiuni :

- În accepțiune anatomică, se referă la un anumit teritoriu strict delimitat structural și acoperind în particular anumite funcții (→ ZONĂ CEREBRALĂ).
- În terminologia medicală generală, termenul este preluat din patologia infecțioasă și se referă la afecțiunea determinată de virusul herpetic, Zona Zoster, boală care, în evoluția ei, are consecințe și asupra sistemului nervos central, putînd antrena o stare de irascibilitate sau chiar stări depresive de intensitate crescută.
- Psihanaliza îl utilizează pentru a desemna teritorii corporale susceptibile ca, în urma excitării lor, să declanșeze dorința sexuală (→ ZONĂ EROGENĂ); pentru CHARCOT și FREUD, termenul se referă la regiunea corporală în care se produc fenomenele conversive (→ ZONĂ HISTEROGENĂ).
- Într-un sens mai exhaustiv, neuropsihiatria infantilă, utilizează termenul de zona proximei dezvoltări, pentru desemnarea unui stadiu al dezvoltării psihomotorii a copilului (→ ZONĂ A PROXIMEI DEZVOLTĂRI).

39. **ZONĂ CEREBRALĂ** ● Părți (teritorii) corticale delimitate din punct de vedere funcțional :

- zone receptoare la nivelul cărora se proiectează fibrele ce conduc sensibilitatea intero-, proprio- și visceroceptivă (neocortex receptor), dar și sensibilitățile speciale ;
- zone motorii (neocortex motor), reprezentînd locul de elaborare a comenzilor motorii ;
- zone asociative la nivelul cărora sînt integrate funcțiile psihice complexe (memorie, gîndire, voință etc.) ;
- zone vegetative la nivelul cărora este realizată integrarea activității organelor interne.

Leziunile acestor zone cerebrale determină tulburări psihice și neurologice variabile în funcție de localizarea procesului patologic, de întinderea lui, de brutalitatea cu care s-a instalat (→ ARII CORTICALE).

40. **ZONĂ EPILEPTOGENĂ** (cf. lat. *zona* „arie„ zonă, regiuni) ● Regiune corticală care reproduce, în urma stimulării, fie o criză, fie aura epileptică pe care pacientul o realizează în cadrul evoluției bolii (→ EPILEPSIE).

41. **ZONĂ EROGENĂ** ● Orice regiune corporală cutanată sau mucoasă, suspceptibilă a fi sursă de excitație sexuală. În sens restrîns, noțiunea se referă la regiuni care, în mod funcțional, sînt sediul unor astfel de excitații (zona orală, anală, mucoasa clitoridiană, mameloane). În „Trei eseuri asupra teoriei sexualității", FREUD (1905) și-a expus teoria sa asupra zonelor erogene, considerînd că erogenitatea, ca proprietate, este caracteristică întregului corp. Există însă zone care au în

mod special această funcțiune (de exemplu, zona orală are proprietatea de a fi erogenă în activitatea suptului ; suptul degetului are, de asemenea, o semnificație orală, în care degetul reprezintă o zonă erogenă secundară). În zonele erogene își au sediul pulsiunile parțiale ; satisfacțiile legate de aceste pulsiuni sînt autoerotice și corespund unui anumit tip de scop sexual. În cadrul dezvoltării psihosexuale, zonele erogene constituie puncte importante de schimb între copil și mediu.

42. ZONĂ HIPNOGENĂ (cf. gr. *hypnos* „somn" ; *gennan* „a naște") ● Prezența la anumiți subiecți a unui punct sau a unei zone a cărei apăsare produce intrarea în stare de somn, considerată de unii autori ca o particularitate psihofiziologică. Nu este lămurit dacă acțiunea hipnogenică se manifestă în toate cazurile, în afara unor influențe hipnotice. Nu se poate cunoaște, de asemenea, cît de frecventă este această particularitate în rîndul populației. Existența unei astfel de zone cunoscută de subiect îi poate crea acestuia un comportament fobic, de aceea descoperirea ei accidentală de către medic trebuie, cel mai adesea, minimalizată.

43. ZONĂ HISTEROGENĂ (cf. gr. *hystera* „uter" ; *gennan*) — sin. ZONĂ SPASMOGENĂ ● Regiune a corpului a cărei compresiune poate declanșa la anumiți indivizi o criză de convulsii isterice. A fost descrisă de CHARCOT.

În accepțiune psihanalitică, zona histerogenă ar fi o regiune a corpului devenită erogenă ; FREUD afirmă că zonele erogene și cele histerogene au caracteristici comune. El consideră că orice regiune a corpului poate deveni erogenă prin deplasare (plecînd de la zonele care sînt destinate, prin specificul lor funcțional, să producă o plăcere sexuală). Erogenizarea (ca fenomen) este specifică istericului și poate avea punct de plecare în istoria individului.

Unii autori consideră că termenul este desuet, mai indicată fiind folosirea termenului de zonă spasmogenă (A. MANUILĂ și colab., 1981), iar alți autori afirmă că existența acestei zone ar fi doar o speculație teoretică apărută ca o consecință a etapei neurologizante a afecțiunii.

44. ZONĂ (de) PROVOCARE ● Regiune a corpului în care se poate provoca un reflex muscular. Suprafața ei se reduce în cazul apariției leziunilor piramidale, a tulburărilor metabolice, în stările de anxietate. Uneori o zonă de provocare restrînsă poate fi un dat constituțional. Termenul a fost introdus în limbajul medical de BERRAQUER-BORDAS.

45. ZONĂ A PROXIMEI DEZVOLTĂRI ● Concept introdus de psihologul sovietic VÎGOȚKI (în lucrarea „Istoria dezvoltării psihice a copilului"), semnificînd unitatea, continuitatea și stabilitatea dezvoltării psihice, stadiul imediat următor celui existent la un moment dat în dezvoltarea individului. „Zona proximei dezvoltări" este ceea ce urmează să se împlinească într-un stadiu de vîrstă și să devină, în stadiul următor, fenomen de dezvoltare actuală (P. POPESCU-NEVEANU). Reprezintă un concept deosebit de fructuos pentru adaptarea procesului instructiv-educativ, în sensul stimulării dezvoltării psihice a elevilor. Zona proximei dezvoltări este utilizată ca punct de plecare în construirea programelor de reeducare și recuperare.

46. ZONĂ SPASMOGENĂ (cf. gr. *spasmos* ; *gennan*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ZONĂ HISTEROGENĂ.

47. ZONESTEZIE (cf. gr. *zone* „centură, cingătoare" ; *aisthesis* „senzație") ● Tulburare a sensibilității constînd în senzația de constricție pe care o are subiectul (ca și cum o frînghie i-ar strînge corpul), resimțită ca prezență a unei centuri sau cingători. Se întîlnește în nevroza hipocondriacă și în decompensările personalităților dizarmonice isterice.

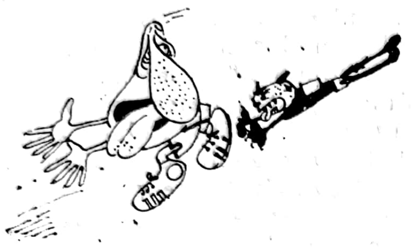
48. ZOO- (cf. gr. *zoon* „animal") ● Element de compunere care introduce referirea la animal.

49. ZOOANTROPIC$^{(D)}$ **delir** (cf. *zoo-* ; gr. *anthropos* „om") ● Delir, foarte rar în perioada actuală, dar foarte frecvent întîlnit în Evul Mediu, și chiar în epoca de început a psihiatriei. Bolnavul afirmă transformarea sa într-un anumit animal (lup, cîine etc.). Acest delir este diferit de delirul de posesiune. Este întîlnit în unele schizofrenii foarte avansate, în psihozele de involuție.

50. **ZOOFILIE** (cf. *zoo-* ; gr. *philia* „prietenie, afecțiune") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BESTIALITATE.

51. **ZOOFILIE EROTICĂ** ● Formă de perversiune, constînd în plăcerea erotică pe care o simt unii subiecți atunci cînd se află în relație directă cu animalele, în afara unui contact sexual propriu-zis. Această perversiune, apropiată fetișismului, este mai frecventă la unele categorii profesionale : dresori, îngrijitori de animale, călăreți etc. A fost descrisă de KRAFFT-EBING în 1883.

52. **ZOOFOBIE$^{(F)}$** (cf. *zoo-* ; gr. *phobos* „frică") ● Teama patologică de animale. În concepție psihanalitică, ea constituie modalitatea prin care adultul nevrotic se eliberează de o angoasă profundă, datorită refulării pulsiunilor sexuale și agresive. Se întîlnește în nevroza obsesivo-fobică, anxioasă, isterie, psihastenie, schizofrenie.



53. **ZOOMANIE** (cf. *zoo-* ; gr. *mania* „nebunie") ● Dragoste și atașament exagerat față de animale, întîlnită în oligofrenie, demențe, la personalități structurate dizarmonic.

54. **ZOOPATIE$^{(D)}$ delir** ● Idei delirante, incluse de psihiatria clasică în grupa ideilor depresive, care constau în credința bolnavului că este „ros de un animal ascuns în abdomen, piept sau craniu" — delir de zoopatie internă (Rogues de FURSAC). În aceeași categorie ar mai putea fi incluse ideile de transformare corporală (zooantropia) și ideile de posesiune animală, ca și delirul de infestare parazitară (zoopatie externă).

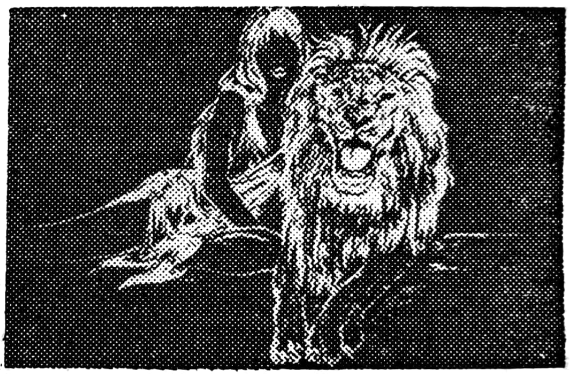
55. **ZOOPSICE$^{(H)}$ halucinații** (cf. *zoo-* ; gr. *opsis* „vedere") ● Halucinații vizuale constînd în reprezentarea imaginară a unor animale, cu un puternic ecou anxiogen. În starea de onirism a deliriumului tremens sînt caracteristice halucinațiile zoopsice cu animale mari, înspăimîntătoare ; în intoxicația cocainică, halucinațiile zoopsice conțin imaginile unor animale mici, „mii de musculițe strălucitoare", și sînt asociate cu halucinații cutanate de „viermuire". Aceste halucinații își au sorgintea în inconștientul colectiv al legendelor și obiceiurilor folclorice, evocatoare ale unor animale terifiante.

FREUD consideră că viziunea halucinatorie a unui animal mare este în general identificată imaginii paterne, iar fantasmele de devorare semnifică angoasa de castrare.

56. **ZOOPSICE$^{(I)}$ iluzii** ● Termen greșit acreditat, utilizat cu totul accidental. Nu există iluzie zoopsică, ci numai halucinație cu caracter zoopsic.

57. **ZOOPSIHOLOGIE** (cf. *zoo-* ; gr. *psyche* „suflet" ; *logos* „cuvînt, discurs") — sin. PSIHOLOGIE ANIMALĂ ● Disciplină psihologică care studiază comparativ evoluția comportamentului animal, sub aspectul senzorialității, instinctelor, inteligenței senzorio-motorii, capacităților de învățare și de reactivitate emoțională primară, al deprinderilor etc.

Sub raport istoric, psihologia animală stă sub semnul a două tendințe metodologice : etologia (obiectivă și comparativă) și behaviorismul.



Prima direcție, ce se dorește obiectivă, este axată pe observația riguroasă și descripția exactă a comportamentului animal surprins în mediul lui natural, indiferent de considerații fiziologice și psihologice, în scopul exclusiv al cunoașterii relațiilor din cadrul speciei sau între speciile de animale.

A doua orientare, behavioristă, se axează pe studiul comparativ al comportamentului animal și uman, în condiții experimentale riguros controlate luîndu-se ca subiect de experiment specii animale (șoareci, cimpanzei etc.) care permit, pe de o parte, o înțelegere mai exactă a preistoriei psihismului uman, iar pe de altă parte, cunoașterea deprinderilor și performanțelor de ordin psiho-fiziologic la care pot ajunge anumite specii animale.

58. **ZOOSADISM** (cf. gr. *zoo-* ; vezi *sadism*) ● Perversiune sexuală constînd în asocierea plăcerii sexuale cu acte de chinuire a unor animale (de obicei, domestice) prin lo-

vire, rănire etc. Se poate întîlni la dizarmonii grave de personalitate (→ PERVERSIUNE SEXUALĂ), în oligofrenii severe și în unele forme de schizofrenie.

59. **ZOOSCOPIE** (cf. gr. *zoo-* ; *skopeo* „a privi") $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ZOOPSICE$^{(H)}$ halucinații.

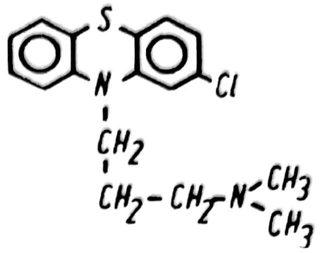
60. **ZOPORIUM$^{(M)}$** Coreea — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-g-metilamino-5-fenil-3H-1, 4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON$^{(M)}$.

61. **ZOSIN Panait** (1873—1942) ● Absolvent al Facultății de Medicină din București, își susține teza de doctorat cu tema „Substratul patologic al pesimismului contemporan" (1900). Face studii de psihiatrie timp de trei ani, în Franța și Germania, iar la întoarcerea în țară, preia, pentru doi ani, conducerea ospiciului de la Mănăstirea Neamț (1903—1904). Ține o serie de prelegeri cu tematică de psihiatrie medico-legală, iar între 1906—1912 este docent la Facultatea din Iași, predînd neuropsihiatria. Între anii 1906—1907, funcționează ca secundar și ulterior ca primar la Spitalul Socola. Devine apoi medic primar la Casa Sf. Spiridon și ulterior la azilul din Balș și ospiciul Galata.

Este autorul a numeroase lucrări în domeniul psihiatriei (în special al celei medico-legale), filozofiei, sociologiei, medicinii sociale, ocupînd „un loc distinct și de prestigiu în gîndirea medico-socială ieșeană" (C. Gh. MARINESCU și R. DUDA, 1988).

Prin întreaga operă a încercat o sensibilizare a opiniei publice față de suferința psihică și poate fi considerat un precursor al concepției bio-psiho-sociale asupra bolii. Dintre lucrările mai importante cităm : „Determinismul" (1892), „Medicina socială" (1897), „Expertiza psihiatrică" (1902), „Intimidarea în tratamentul bolilor mintale" (1910), „Bătrînețea și senilitatea din punct de vedere clinic și îngrijirea bătrînilor" (1912).

62. **ZULEDIN$^{(M)}$** Grecia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic



de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN$^{(M)}$.

63. **ZVON** ● Informație (știre, veste, noutate) difuzată sub forma unei afirmații, negații sau presupuneri, care se transmite mai ales oral într-o colectivitate, prin canalele relațiilor interpersonale. Mesajul conținut de zvon este inexact în raport cu realitatea dată (pe care o vehiculează) și este supus deteriorării prin distorsiune, în condițiile receptării și retransmiterii pur subiective, neverificate. ALLPORT și POSTMAN (1947), într-un studiu asupra modificărilor specifice zvonului, au constatat că aceste modificări au la bază următoarele elemente motivaționale subiective :

- tendința de simplificare a acestor informații, de reducere a lor prin eliminarea detaliilor (de obicei a acelor detalii cu un grad oarecare de precizie — de la a șasea transmitere se pierde 70% din conținutul informațional inițial)
- accentuarea altor detalii, conținuturi și semnificații parțiale, unele direct legate de importanța majoră a informației ;
- modificarea textului transmis în funcție de asimilarea celor care receptează, această asimilare fiind, la rîndul ei, determinată de starea afectivă, interesele, aspirațiile, obiceiurile, prejudecățile celor care primesc mesajul.

Condițiile care favorizează apariția și transmiterea zvonului sînt de regulă : tensiunea, criza, absența informațiilor oficiale sau perseverarea sistematică în furnizarea de informații distorsionate.

INDEX ALFABETIC PENTRU :

- boli(B)
- deliruri(D)
- fobii(F)
- halucinații(H)
- medicamente(M)
    - betablocante
    - neuroleptice
    - psihostimulente
    - timoanaleptice
    - timoleptice
    - tranchilizante
- medicamente compuse (MC)
- personalități (date despre)
- semne/simptome[s]
- sindroame(S)
- teste(T)

Sînt cuprinse în ordine alfabetică, pentru literele S–Z, principalele boli$^{(B)}$, deliruri$^{(D)}$, fobii$^{(F)}$, halucinaţii$^{(H)}$, medicamente$^{(M)}$, personalităţi cu implicaţii în dezvoltarea psihiatriei, semne/simptome^{s}, sindroame$^{(S)}$ şi teste$^{(T)}$ cu indicarea numărului termenului în cadrul literei şi cu pagina respectivă unde este tratat.

Exemple :

Pentru boli$^{(B)}$, deliruri$^{(D)}$, fobii$^{(F)}$, halucinaţii$^{(H)}$, semn/simptom^{s}, teste$^{(T)}$, datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea : (B), (D), (F), (H), s, (S), (T).	sinonime, trimiteri etc.	Nr. crt.	Nr. pag.
SHOOK JONG$^{(B)}$ boală	— tip de nevroză sexuală (1978)	S 405	265
TELEPATIC$^{(D)}$ delir	— sau... descifrarea gîndurilor	T 129	513
URANOFOBIE$^{(F)}$	— teama patologică de „ceruri"	U 42	693
VERAGUTH^{s} semn	— expresie mimică în depresie	V 73	717
ZAVILEANSKAIA$^{(S)}$ sindrom	— setea de răspunsuri liniştitoare	Z 7	771

Pentru medicamente$^{(M)}$ şi medicamente combinate$^{(MC)}$, datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea produsului	Ţara	D.C.I.	Derivat	Nr. crt.	Nr. pag.
TAIZER$^{(M)}$	Japonia	Meclozină	Difenilmetan	T 41	492
URBANYL$^{(M)}$	Germania	Meprobamat	Propandiolic	U 46	694
VALIREM$^{(M)}$	Grecia	Sulpirid	Benzamidic	V 23	707
WYAMINE$^{(M)}$	Olanda	Mefentermină	Feniletilaminat	W 79	763

Pentru personalităţi implicate în dezvoltarea psihiatriei, datele oferite sînt dispuse după modelul :

Numele şi prenumele	Anii	Date	Nr. crt.	Nr. pag.
SIPKOVENSCHI N. Spasov	(1906—1976)	psihiatru bulgar	S 614	338
ŢURCAN Constantin	(1849—1912)	psihiatru român	Ţ 647	684

BOALĂ$^{(B)}$

SAINT-GUY$^{(B)}$	— sin. COREE ACUTĂ $\xrightarrow{sin.}$ SYDENHAM$^{(B)}$ boală	S 15	12
SAN FILIPPO$^{(B)}$	— MUCOPOLIZAHARIDOZĂ III ; OLIGOFRENIE POLIDISTROFICĂ	31	15
SATURNISM$^{(B)}$	— semne psihice în	53	19
SCHILDER-FOIX$^{(B)}$	— ENCEFALITĂ PERIAXIALĂ DIFUZĂ SCLEROTICĂ	94	32
SCHIZOFRENIE$^{(B)}$	— probleme în ansamblu	105	34
SCHOLZ$^{(B)}$	— sin. LIPIDOZĂ CU SULFATIDE→ LEUCODISTROFII	139	169
SCLEROZĂ ATROFICĂ LOBARĂ$^{(B)}$	— sin. DIPLEGIE CONGENITALĂ $\xrightarrow{sin.}$ LITTLE$^{(B)}$ boală	160	171
SCLEROZĂ DISEMINATĂ$^{(B)}$	— sin. CHARCOT-VULPIAN$^{(B)}$ $\xrightarrow{sin.}$ LEUCONEVRAXITĂ$^{(B)}$	161	171
SCLEROZĂ LIMINARĂ CORTICALĂ MOREL$^{(B)}$	— SPONGIOZĂ LAMINARĂ $\xrightarrow{sin.}$ MOREL$^{(B)}$ boală	162	171

SCLEROZĂ TUBEROASĂ(B)	— sin. EPILOIA SCHERLOCK $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BOURNEVILLE(B) boală	163	171
SCOB(B)	— sin. HEMIATROFIE CEREBRALĂ	165	171
SÉGUIN(B)	— sin. ACTOMIMIE ; TRISOMIA 21 $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANGDON-DOWN(B) boală	239	192
SEITELBERGER(B)	— sin. DEGENERESCENȚĂ NEUROAXONALĂ INFANTILĂ	242	193
SELTER-SWIFT-FEER(B)	— sin. ACRODINIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ERITREDEM AUSTRALIAN	255	195
SFÎNTUL IOAN(B)	— una din denumirile pentru epilepsie în evul mediu	397	256
SFÎNTUL WYTT(B)	— o altă denumire pentru epilepsie în evul mediu	398	256
SHOOK JONG(B)	— tip de nevroză sexuală (ELLENBERG, MURPHY — 1978)	405	265
SHY-MAGEE(B)	— sin. MIOPATIE CONGENITALĂ NEPROGRESIVĂ	406	266
SICLEMIE(B)	— manifestări psihice în	411	266
SIEMERLUNG-KREUTZFELDT(B)	— manifestări psihice	427	269
SMITH-STRANG(B)	— sin. BOALA MIROSULUI DE HAMEI	669	357
SOMN(B)	— manifestări psihice în	771	392
SPIELMEYER-STOCK(B)	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ BATTEN-SPIELMEYER-VOGT(B)	841	406
STERN(B)	— manifestări psihice în (1939)	946	427
STRACHAN(B)	— polinevrită de origine pelagroasă	988	433
STURGE-WEBER-KRABBE(B)	— sin. ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ	1 018	441
SULFATIDOZĂ JUVENILĂ(B)	— manifestări psihice în	1 050	454
SUO-JEONG(B)	— manifestări psihice în	1 062	458
SUTTON(B)	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ DELIRIUM TREMENS	1 112	468
SYDENHAM(B)	— sin. COREE ACUTĂ ; COREE REUMATISMALĂ	1 118	469
TAY-SACHS(B)	— boală genetică metabolică recesiv autosomală	T 93	503
TETANIE(B)	— sin. LUCIEN(B)	244	554
THOMSEN(B)	— sin. MIOTONIE CONGENITALĂ	269	559
TIFOIDĂ/PARATIFOIDĂ(B)	— manifestări psihice	290	563
TIFOS EXANTEMATIC(B)	— manifestări psihice în	293	563
TRICHINOZA(B)	— manifestări psihice în	540	665
TUBERCULOZĂ(B)	— manifestări psihice în	618	676
UNVERRICHT-LUNDBORG(B)	— sin. EPILEPSIE MIOCLONICĂ PROGRESIVĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LAFORA(B)	U 40	693
VARICELĂ(B)	— manifestări psihice	V 44	711
VARIOLĂ(B)	— manifestări psihice	45	712
VIROZE(B)	— manifestări psihice	161	734
VOGT-SPIELMEYER(B)	— formă juvenilă a bolii TAY-SACHS	200	745
WERDNIG-HOFFMANN(B)	— sin. ATROFIE MUSCULARĂ INFANTILĂ PROGRESIVĂ ; MIOATROFIE NEUROGENĂ A COPILULUI	39	756
WESTPHAL(B)	— sin. PARALIZIE PERIODICĂ FAMILIALĂ CU HIPOKALEMIE	50	759

STAEHELIN^{s}	— înăbușire în alcool a simptomatologiei psihice (1943)		880	419
STAEHELIN-FRIGERO-LEVY^{s}	— plafonare și retropulsie a globilor oculari		879	419
STELLWAG^{s}	— lărgirea fantei palpebrale și rărirea clipitului		920	424
STERN^{s}	— scăderea periodică a randamentului (1897)		947	428
STERTZ^{s}	— scurte absențe paretice și afazice (1911)		949	428
STRUMPELL^{s}	— în hemiplegia isterică		1 010	440
SURÎS INSISTENT^{s}	— teama de propria-i inoportunitate (1898)		1 099	465
TETRAZINI^{s}	— retroflexia capului în PGP		247	555
THOMAS^{s}	— prezent în distonii neurovegetative		268	559
TROUSSEAU^{s}	— „o nouă mînă de mamoș"		608	673
VASILESCU^{s}	— importanța în psihiatrie		49	713
VERAGUTH^{s}	— expresie mimică în depresie		73	717
VERNET^{s}	— sin. SEMNUL CORTINEI		91	720
VIGGO-JENSEN^{s}	— sau „jocul prea vioi al ochilor"		129	728
VOMISMENT CEREBRAL^{s}	— semn în HIC		213	748
VRONO^{s}	— sau „beția lecturii"		221	749
WAGNER von JAUREGG^{s}	— posibilă modalitate de comunicare în starea de stupoare catatonică	W	3	751
WEISS^{s}	— sin. SCHULTZE^{s} $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CHVOSTEK^{s}		31	755
WEST^{s}	— sin. PARALIZIE MATINALĂ		47	757
WESTPHAL^{s}	— abolirea reflexului rotulian drept în tabes		51	759
WESTPHAL-BUMKE^{s}	— areactivitate pupilară în catatonie		52	760
WIMMER-STERN^{s}	— „inversul plafonării privirii"		66	762
WOLTMAN^{s}	— element psihic în mixedematoză		75	763
ZAVILEANSKAIA^{s}	— bucurie la idee (1956)	Z	6	771
	● SINDROM$^{(s)}$			
S$^{(s)}$	— sin. CLÉRAMBAULT$^{(s)}$; CLÉRAMBAULT-KANDINSKI$^{(s)}$ → AUTOMATISM MINTAL	S	1	7
SALVATORI-ESQUIROL-HUGELAN$^{(s)}$	— descris independent (1817—1838) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIPSOMANIE		24	13
SANCTIS-CACCHIONE$^{(s)}$	— sin. IDIOȚIE XERODERMICĂ ELSÄSSER		26	14
SCALEN$^{(s)}$	— sin. ADSON-COFFEY$^{(s)}$ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAFFZIGER$^{(s)}$		73	25
SCHELLONG$^{(s)}$	— tulburări cardiace funcționale		89	30
SCHILDER-STENGL$^{(s)}$	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANALGEZIE GENERALIZATĂ		95	33
SCHIRMER$^{(s)}$	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE$^{(s)}$		98	33
SCHLEMIHL$^{(s)}$	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ DUPRÉ-MERKLEN$^{(s)}$		135	169
SCHOLZ$^{(s)}$	— forma de scleroză cerebrală difuză		140	169
SCHULTE$^{(s)}$	— manifestare psihică de tip organic		146	170
SCHULTZE$^{(s)}$	→ ACROPARESTEZIE		149	170
SCHWARTZ-JAMPEL$^{(s)}$	— nanism, miotonie, blefaromioză, gripoza genunchilor, facies bizar		153	170
SELYE$^{(s)}$	— sin. SINDROMUL DE ADAPTARE CONSECUTIV STRESULUI (1936)		257	196
SEMERAU-SIEMIANOVSKI$^{(s)}$	— sin. COLAPS PAROXISTIC PARADOXAL; HIPOASFIXIE PAROXISTICĂ		262	197
SENELAIGNE-DEBRÉ-KOHER$^{(s)}$	— hipertrofie musculară cu hipotiroidie		282	226

CONTRIBUŢIA AUTORILOR:

1. Andriescu Nicolae Teofil
2. Barbu Gabriela
3. Botezat Antonescu Ileana
4. Botezat Antonescu Liviu
5. Crăciun Dan
6. Gorgos Constantin
7. Litinschi Gheorghe
8. Năstase Ştefania Coca
9. Păunescu Adrian
10. Prelipceanu Dan
11. Puiu Olga Valeria
12. Sandor Veronica
13. Săndulescu Maria Carmena
14. Ştefănescu Mugur Gabriel
15. Stoltz Gabriela
16. Stroian Gabriela
17. Talaban Andrucovici Irena
18. Tudose Cătălina
19. Tudose Florin

Notă: Pentru fiecare autor sint menţionaţi, prin cifre aldine, termenii concepuţi în exclusivitate de autorul respectiv şi, prin drepte, cei concepuţi în colaborare; cifra corespunde numărului de ordine al termenului în cadrul literei respective. Exemplu: *Temporal — lob* are numărul T 147, a fost conceput de Năstase Ştefania Coca şi va fi găsit în lista termenilor acestui autor, marcat cu cifre aldine. *Televiziune — efecte* are numărul T 133, fiind conceput de doi autori va fi găsit în lista termenilor ambilor autori (Năstase Ştefania Coca şi Stroian Gabriela), marcat cu cifre cursive.

1. ANDRIESCU NICOLAE TEOFIL

S: **69, 97, 171, 293, 959, 1034**
68, 846

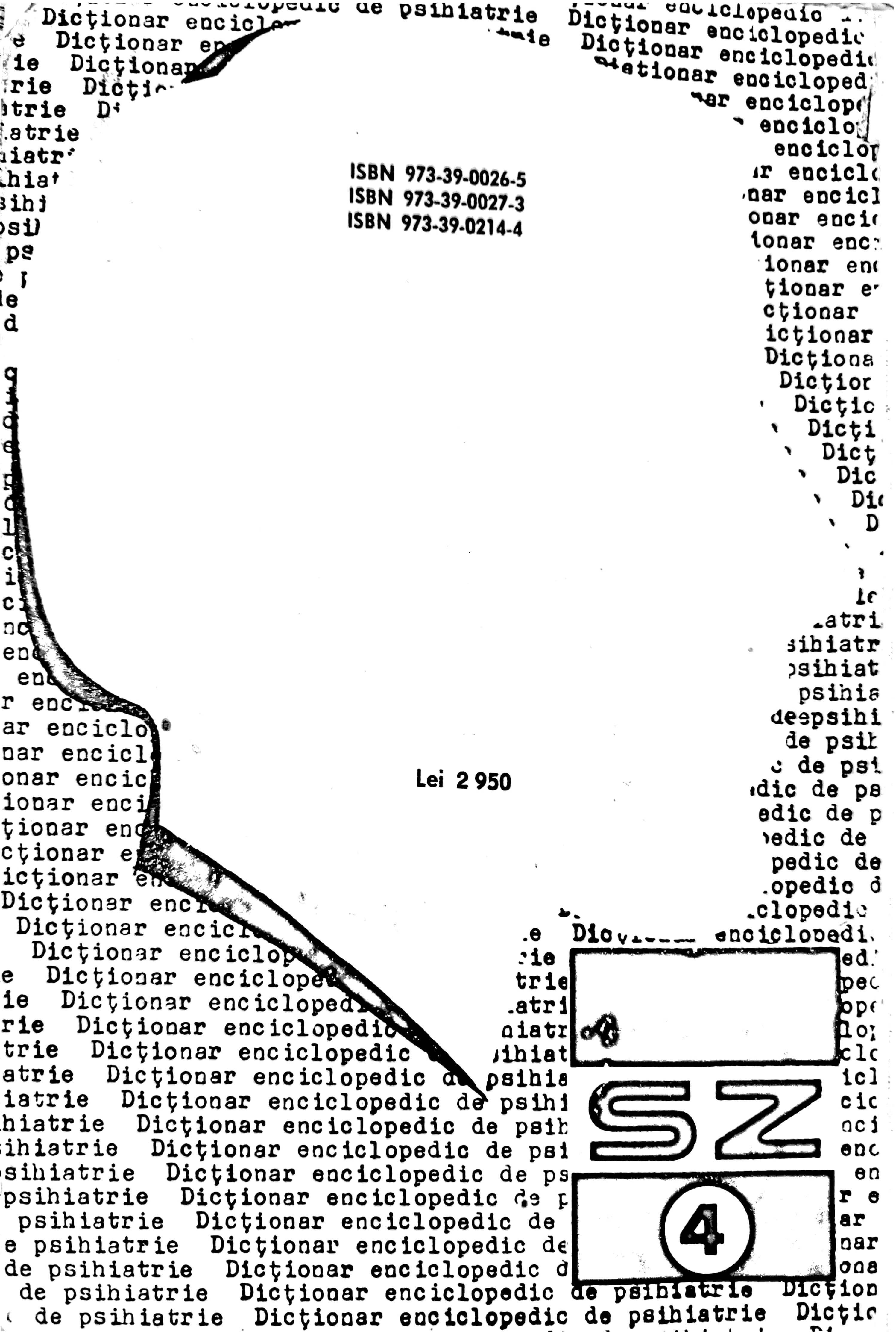
T: **1, 413**
234

W: **5**
0

X: **11**
0

Redactor de carte : **LILIANA IONESCU-RUXĂNDOIU**
PAUL RUXĂNDOIU
Coperta și supracoperta : **IRINA CRIVĂȚ**
Tehnoredactor : **ILARIA GHIȚĂ**

Format 16/70×100. Coli tipar" 57,5. Hîrtie scris I A 70×100/60 gm². Bun de tipar" 23.XI.1992.
ISBN 973-39-0026-5
ISBN 973-39-0027-3
ISBN 973-39-0214-4


Dicționar enciclopedic de psihiatrie
SZ
4

ISBN 973-39-0026-5
ISBN 973-39-0027-3
ISBN 973-39-0214-4

Lei 2 950